



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sini Karjalainen

JULKISEN SOSIAALI- JA TERVEYS-
ALAN TYÖEHDOT
VUONNA 2026

Ylempi YAMK-tutkinto
Sosiaali- ja terveysala
2017

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sini Karjalainen
Opinnäytetyön nimi	Julkisen sosiaali- ja terveysalan työehdot vuonna 2026
Vuosi	2017
Kieli	suomi
Sivumäärä	117 + 5 liitettä
Ohjaaja	Ulla Isosaari

Opinnäytetyön lähtökohtana oli kiinnostus sote-uudistuksen sekä työn ja työelämän muutosten vaikutuksista sosiaali- ja terveysalan palkansaajien palvelussuhteen ehtoihin. Opinnäytetyössä tutkittiin, millaisin palvelussuhteen ehdoin tutkimushetkellä julkisen sektorin sosiaali- ja terveysalalla palkansaajat tulevaisuudessa työtä tekevät. Tutkimuksessa hahmotellaan palvelussuhteen ehtojen todennäköisiä, toivottavia ja ei-toivottavia tulevaisuuspolkuja ja selvitetään, millä keinoilla palkansaajien arvojen mukaisiin palvelussuhteen ehtoihin päästäisiin. Tavoitteena oli tuottaa sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen tulevaisuudesta tietoa, jota voidaan hyödyntää niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin työ- ja virkaehtosopimusneuvotteluja käytäessä sekä sosiaali- ja terveysalan työn, palkansaajien ja palkansaaja- ja työnantajaliittojen asemaa pohdittaessa ja niistä päätettäessä.

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisen tutkimuksen ja tulevaisuuden tutkimuksen menetelmin. Tulevaisuudentutkimuksessa tärkeää on tulevaisuusskenaarioiden ennustamisen lisäksi määritellä strategia, jolla päästään arvokkaina pitämiimme päämääriin ja ei-toivottavat tapahtumat voitaisiin välttää. Haastattelujen (N=12) ensimmäinen kierros toteutettiin tulevaisuuden tutkimuksen delfoi-menetelmällä vapaamuotoisen temahaastattelun avulla kasvotusten ja puhelimitse ja toinen kierros koonnin jälkeen sähköpostitse ja puhelimitse. Aineisto analysoitiin laadullisen tutkimusmenetelmän sisällönanalyysillä induktiivisella otteella. Tutkimustuloksena muodostui kolme skenaarioita, joihin päästiin tulevaisuuspolkuja pitkin.

Tutkimuksen tuloksista voitiin päätellä tulevaisuuden työehtoihin vaikuttavan neljä suurta kokonaisuutta: poliittinen, työehtosopimustoiminta, talous ja tekninen. Lisäksi voitiin päätellä palvelussuhteen ehtojen tulevan todennäköisesti polarisoidumaan ja palkansaajilla olevan mahdollisuus vaikuttaa niiden kehittämiseen.

Avainsanat julkinen sosiaali- ja terveysala, työehdot, sote, palkansaajien arvot
tulevaisuudentutkimus, delfoi-menetelmä

ABSTRACT

Author	Sini Karjalainen
Title	Terms and Conditions of Employment in Public Social and Health Care in 2026
Year	2017
Language	Finnish
Pages	117 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Ulla Isosaari

The basis for this thesis was interest towards social and health care service reform and the effects of changes in work and working life to the terms and conditions of employment in the social and health care sector. This thesis examines what kind of conditions of employment the present employees in public social and health care sector will have in the future. The study outlines the probable, the desirable and the undesirable future paths of the conditions of employment and defines the ways to get to the kind of conditions that relate to the employees' values. The aim was to produce information about the future of conditions of employment in the social and health care sector that can be used in collective bargaining negotiations, both locally and nationally. The results can be used in future negotiations and when making decisions regarding the position of employees, the unions and the employers.

This thesis has been carried out with qualitative research and futures research methods. It is important in the futures research to not only predict future scenarios but also to define a strategy on how to accomplish the valued goals and avoid the undesired events. The first round of interviews (N=12) was carried out in the futures research Delfoi method by informal theme interviews face to face or over telephone and after codifying the responses the second interview round was carried out via email and over the telephone. The data was analysed using a qualitative research method i.e. content analysis method with an inductive approach. Three scenarios were formed based on the results.

The findings lead to the conclusion that four big entities (political, collective bargaining activity, economics and technical) affect the conditions of employment in the future. The conditions of employment will likely polarize and employees shall have a chance to affect the development.

Keywords Public social and health care, terms and conditions of employment, health and social service reform, employee values, futures research, Delfoi method

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA	10
3	SOSIAALI- JA TERVEYSALAN HISTORIA, NYKYTILA JA KEHITYS	11
	3.1 Sosiaali- ja terveysalan historia	11
	3.2 Sosiaali- ja terveysalan nykytila	21
	3.3 Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuus	24
4	SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖEHTOJEN HISTORIA, NYKYTILA JA KEHITYS	29
	4.1 Sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen historia	29
	4.2 Julkisen sosiaali- ja terveysalan palkansaajien arvot	40
	4.3 Julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen nykytila.....	40
	4.4 Sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteiden tulevaisuuden näkymiä	46
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	53
	5.1 Tutkimusmenetelmät.....	53
	5.1.1 Tulevaisuudentutkimus	53
	5.1.2 Laadullinen tutkimus.....	58
	5.2 Aineiston keruu	59
	5.3 Aineiston analysointi	61
	5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	63
6	TUTKIMUSTULOKSET	67
	6.1 Palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavat tekijät.....	67
	6.1.1 Työehtosopimustoiminta.....	68
	6.1.2 Poliittinen päätöksenteko	70
	6.1.3 Tekninen kehitys	73
	6.1.4 Talous	73
	6.2 Tulevaisuuden työehtojen skenaariot.....	75
	6.2.1 Toivottavat palvelussuhteen ehdot.....	76
	6.2.2 Ei-toivottavat palvelussuhteen ehdot	85

6.2.3	Todennäköiset palvelussuhteen ehdot.....	89
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	98
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu.....	98
7.2	Johtopäätökset.....	98
7.3	Pohdinta.....	101
7.4	Jatkotutkimusehdotukset.....	103
	LÄHTEET.....	105
	LIITTEET	

KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Sosiaali- ja terveysalan työehtoihin vaikuttavat tekijät vuonna 2026 s. 67

Taulukko 1 Haastateltavien asiantuntijoiden edustamat työmarkkinajärjestöt s. 60

Taulukko 2. Tulevaisuustaulu palvelussuhteen ehtojen skenaarioista palkansaajan arvojen mukaisesti s.75

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Ensimmäisen kierroksen haastattelukysymykset

LIITE 3. Kommenttikierroksen saatekirje ja kysymykset

LIITE 4. Kommenttikierroksen Julkisen sosiaali- ja terveysalan työehtoihin vaikuttavat tekijät -kuvio

LIITE 5. Näyte ensimmäisen kierroksen haastatteluista tehdyn analyysin luokitteluperusteista teknisen kehityksen osalta

1 JOHDANTO

Julkinen sosiaali- ja terveysala ja alan palkansaajien palvelussuhteiden ehdot ovat historiallisen suuressa murroksessa (Alueuudistus 2017 b; TEM 2014, 11). Alle sadassa vuodessa ne ovat kehittyneet teollisen sosiaalivaltion aikakaudesta työväen järjestäytymisen avulla nykyisenkaltaisiksi universaalien hyvinvointivaltion ja sopimusyhteiskunnan laajasti kattaviksi kollektiivisesti neuvoteltaviksi palvelussuhteen ehdoiksi (ks. Kairinen 2001, 20, 22).

Tutkimushetkellä meneillään on toisiinsa kytkeytyen niin historiallisen suuri sosiaali- ja terveydenhuollon (jatkossa sote)- ja aluehallintouudistus ja valinnanvapauslakihanke (Alueuudistus 2016; Alueuudistus 2017 b) kuin kuntapalveluiden ulkoistamis- ja yksityistämiskehitys (Komulainen 2010, 22; STM 2016 c) sekä kuntien valtionosuuksien jatkuva leikkaaminen (Kuntaliitto 2008, 102). Sote- ja maakuntauudistuksen myötä toteutetaan historiallisen suuri henkilöstön siirto, kun arviolta 236 000 palkansaajaa siirtyy kunnilta maakunnille (Stat 2017). Myös väestön ikääntyminen, julkisille palveluille asetetut uudet toisaalta joustavuuden ja luovuuden, ja toisaalta tuottavuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden vaatimukset vaikuttavat tutkimushetkellä julkisen alan palkansaajien työhön ja palvelussuhteen ehtoihin (TEM 2014, 25, 31; Pajarinen & Rouvinen 2014, 41; STM 2015).

Samaan aikaan koko suomalaiseen työ- ja virkaehtosopimusjärjestelmään kohdistuu merkittäviä muutospaineita niin hallituksen päätösten kuin työelämän muun rakennemuutoksen vuoksi. Näitä ovat vuonna 2016 sovittu kilpailukyky sopimus, jossa sovittiin mm. paikallisen sopimisen lisäämisestä, työajan pidentämisestä 24 tunnilla vuodessa kuin julkisen sektorin 30% lomarahaleikkauksista (Palukka & Tiilikka 2011, 10; Valtioneuvosto 2015; SAK 2016). Lisäksi Elinkeinoelämän keskusliitto (jatkossa EK) ilmoitti marraskuussa 2015 muuttavansa sääntöjään ja luopuvansa keskusjärjestösopimuksista ja kolmikantaneuvotteluista (EK 2015).

Myös robotisaatio, digitalisaatio ja työn hajautuminen globaaleihin arvoketjuihin, joista tärkeimpinä polarisaatio ja työnteon muotojen moninaistuminen ja yksilöllistyminen, tulevat muuttamaan kaikkia ammatteja ja haastavat työmarkkinoiden edunvalvonnan (TEM 2014, 11-21). Nämä kaikki muutokset kulminoituvat

julkisen, erityisesti kuntasektorin sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteiden ehtoihin.

Suomessa erityisesti julkisen sektorin palvelussuhteiden ehdoista, niiden tulevaisuudesta, etenkin juuri sosiaali- ja terveysalalla, ei ole juuri aiempaa laajaa tutkimusta. Tämä opinnäytetyö pyrkii paikkaamaan osaltaan tätä yhteiskunnallisesti merkittävän ja suurta osaa suomalaisia koskettavan osa-alueen tutkimusvajetta.

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, millaisin palvelussuhteen ehdoin tutkimushetkellä julkisen sektorin sosiaali- ja terveysalan työ- ja virkasuhteessa olevat tulevaisuudessa työtä tekevät. Tarkoituksena oli hahmotella julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen todennäköisiä, ei-toivottavia ja toivottavia skenaarioita ja selvittää, millä keinoin sosiaali- ja terveysalan palkansaajan näkökulmasta toivottaviin palvelussuhteen ehtoihin päästäisiin.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksessa kuvattiin kattavasti kirjallisuuskatsauksen avulla julkisen sektorin sosiaali- ja terveysalan ja sen palvelussuhteen ehtojen historia, nykytila ja tulevaa kehitystä sekä siihen liittyvä käsitteistö ja lainsäädäntö. Aineisto kerättiin Delfoi-menetelmää soveltaen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen asiantuntijoita kasvokkain ja puhelimitse haastatellen, jonka jälkeen aineisto koottiin ja analysoitiin. Toinen kierros toteutettiin sähköpostitse ja puhelimitse kommentointikierroksena. Saatu kokonaisaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin induktiivisella otteella.

Tavoitteena oli tuottaa sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen tulevaisuudesta tietoa, jota voidaan hyödyntää niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin työ- ja virkaehtosopimusneuvotteluja käytäessä sekä julkisen alan työn, työntekijöiden ja palkansaaja- ja työnantajajärjestöjen asemaa pohdittaessa ja niistä päätettäessä.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen *tarkoituksena* oli hahmotella skenaarioita, jollaisiksi julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteiden ehdot tulevaisuudessa kehittyvät.

Tutkimuksen *tavoitteena* oli tuottaa tulevaisuuden julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdoista tietoa erilaisten skenaarioiden muodossa ja näiden avulla mahdollistaa tulevaisuuden palvelussuhteen ehtojen muokkaaminen palkansaajien arvojen mukaiseen suuntaan.

Tutkimuksessa haettiin vastausta kahteen tutkimuskysymykseen:

1. Millaisilla ehdoilla julkisella sosiaali- ja terveysalalla tutkimushetkellä työskentelevät palkansaajat tulevaisuudessa työskentelevät?
2. Millä keinoin päästään palkansaajan näkökulmasta parhaimpiin palvelussuhteen ehtoihin?

3 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN HISTORIA, NYKYTILA JA KEHITYS

Suomen terveydenhuolto- ja sosiaalipolitiikka sekä alojen historia sisältää tavattoman suuren määrän erilaisia toimintoja ja kehityskulkuja. Tässä opinnäytetyössä rajataan niiden käsittely sosiaali- ja terveystieteiden instituutioiden ja niitä säätelevän lainsäädännön syntyyn, nykytilaan ja kehitykseen. (ks. Anttonen 2000, 20.)

3.1 Sosiaali- ja terveysalan historia

Sosiaali- ja terveysala on kehittynyt yhdessä muun yhteiskunnan mukana maatalous- ja sääty-yhteiskunnasta teollistumisvaiheen kautta universalismin periaatteita noudattavaksi pohjoismaiseksi hyvinvointivaltioksi (ks. Kairinen 2001, 16; Anttonen & Sipilä 2011, 275; Särkelä 2016, 31).

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja sairaalalaitoksen kehitys oli Suomessa hidasta verrattuna muihin länsimaihin (ks. Anttonen & Sipilä 2011, 36). 1500-luvulla valtio perusti rutiköyhien, raihnaiden ja sairaiden eristyslaitokset eli hospitaalit. Apteekkeilla ja kirurgeilla eli silloisilla terveydenhuollon ammattilaisilla ei tosin ollut hospitaalien kanssa mitään tekemistä. 1600-luvulla asetuksiin sisällytettiin myös valtion ylläpitämät lastenkodit ja pakkotyölaitokset. Käytännössä vastuu köyhien ja sairaidenhoidosta oli edelleen kuitenkin seurakunnilla 1800-luvun loppupuolelle saakka. (Anttonen & Sipilä 2011, 24, 34.)

Järjestelmällinen köyhyyden hallinnointi alkoi Suomessa 1600-luvulla valtion antamalla ensimmäisillä kerjuujärjestyksillä. Muodoltaan köyhäinhoito alkoi vakiintua 1700-luvulla eräänlaiseksi laillistetuksi kerjuuksi, ruotuhoidoksi ja myöhemmin pitäjän- ja kylänkierroksi. Järjestelmä onnistuttiin vakiinnuttamaan 1800-luvulla. (Eräsaari 1991, 69, 70.) Köyhäin vaivaishoito toimikin sekä sosiaali- että terveydenhuollon alkuasteena (Anttonen & Sipilä 2011, 34). Vaivaishoito kehittyi 1700-luvun elättijärjestelmän ja sen erään 1800-luvun muodon eli huutolaiskauppojen kautta vaivaistaloihin ja lastenkoteihin aina 1900-luvun alun kunnalliskotijärjestelmään saakka ja siitä edelleen mm. vanhainkodeiksi, mielisairaaloiksi, ke-

hitysvammalaitoksiksi ja kotipalveluksi. (Anttonen & Sipilä 2011, 25, 27, 81; Eräsaari 1991, 70).

Sairaanhoidosta tuli suhteellisen varhain yhteiskunnan tehtävä, koska yhteisenä intressinä oli ponnistella tartuntatauteja vastaan. Sairaanhoitoa ei kuitenkaan oikeastaan voinut syntyä ennen kuin potilaita pystyttiin parantamaan. Ensimmäiset lääkintäohjeet laadittiin 1663, kun lääkintöhallituksen edeltäjä perustettiin. (Anttonen & Sipilä 2011, 34.) Lääkintäolot olivat kuitenkin 1600-luvun loppupuolelle saakka hyvin puutteelliset ja alkoivat kehittyä 1750-luvulla (Hyppölä & Mattila 2004, 971). Siihen asti sairaus edellytti yhteiskunnan puuttumista vain jos se aiheutti köyhyyttä (Anttonen & Sipilä 2011, 34).

Sairaalalaitoksen historian alkuna voidaan pitää Turun lääninsairaalan perustamista vuonna 1759. Alussa työ oli enemmän potilaita säilyttävää ja eristävää kuin parantamiseen tähtäävää. 1700-luvulla rakennettiin lääninsairaalaverkostoa suurimpiin kaupunkeihin, jotka alkoivat 1814 toimia valtion tuella. Valtion sairaalaverkon lisäksi kunnat ja yksityiset tahot perustivat sairaaloita. Ensimmäinen piirilääkärin virka perustettiin 1749. Samoihin aikoihin työnsä aloittivat ensimmäiset kaupunkilääkärit. (Anttonen & Sipilä 2011, 34; Lehtimäki 2014, 8-10, 20.)

Lääketeide kehittyi 1800-luvulla merkittävästi, kun ensimmäiset röntgenlaitteet ja leikkaussalit tulivat käyttöön ja aseptiikka ja narkoosi paransivat hoidon tasoa (Lehtimäki 2014, 12). Ensimmäiset röntgenkoneet tulivat Suomeen 1900-luvun alussa, samoin kunnolliset laboratoriot (Paaskoski 2017, 84). Tutkimus ja ammatillinen kehitys kokivatkin suuren mullistuksen terveydenhuollossa, kun sairauksia opittiin ehkäisemään ja parantamaan. Ennen 1900-lukua sairaaloiden kansanterveydellinen merkitys oli kuitenkin vähäinen ja suuret muutokset tapahtuivatkin vasta 1900-luvulla. (Anttonen & Sipilä 2011, 41.)

Kaupunkien köyhäinhuolto loi perustan julkisen vallan kautta toimivalle yhteisvastuulle, seurakuntien hyväntekeväisyys taas vapaaehtoiselle sosiaaliselle toiminnalle ja ammattikuntien keskinäisen avun muodot työntekijöiden sosiaalivakuutuk-

selle. Köyhäinhoito olikin ensimmäisiä tehtäviä, joita yhteiskunta ja sittemmin julkinen valta ryhtyi hoitamaan. (Anttonen & Sipilä 2011, 12, 23.)

1800-luvun alkupuolella tapahtui kansallinen herääminen ja yhdistystoiminnan kehittäminen muodostui tärkeäksi tavaksi tehdä sosiaalityötä. Suomalainen tapaymmärtää kansalaisyhteiskunta liittolaisiksi eikä toistensa vastakohtiksi juontaa-kin juurensa 1800-luvun aatemaailmaan. 1800-luvun lopulle asti sosiaalipolitiikka ei ollutkaan niinkään politiikkaa vaan eliittien ja koulutetun väestönosan ylhäältä alaspäin harjoittamaa sosiaalista hyväntekeväisyystoimintaa. Valtion aktiivisuutta rajoitti tuolloin myös Suomen asema Venäjän autonomisena alueena. (Anttonen & Sipilä 2011, 40, 42.)

Erityisesti naiset rakensivat suomalaista kansakuntaa perustamalla hyväntekeväisyysjärjestöjä ja niiden turvin lastenkoteja, lastentarhoja ja hoitolaitoksia, jotka loivat perustan myöhemmälle hyvinvointivaltioprojektille. 1865 Helsinkiin perustettiin parantumattomille sairaille vanhuksille tarkoitettu yksityinen sairaskoti ja 1867 perustettiin Diakonissalaitos. (Anttonen & Sipilä 2011, 43; Paaskoski 2017, 33, 36.)

Vasta 1800-luvun teollistuminen teki mahdolliseksi ja toisaalta edellytti sosiaali- ja terveydenhuollon luomista hallinnollisena kokonaisuutena koko valtakunnan alueelle. Kapitalismin läpimurron myötä köyhäinhoidolle oli entistä enemmän tarvetta, koska lasten ja vanhustenhoito ei enää käynytkään siinä maataloustöiden sivussa ja tilattoman väestön muuttaessa palkkatyön perässä kaupunkeihin vammaiset ja vanhukset jäivät heitteille. (Anttonen & Sipilä 2011, 41.)

Suomalainen kirkollinen köyhäinhoito erotteli köyhät 1800-luvulle saakka avustan pelkästään oman paikkakunnan vaivaisia (Eräsaari 1991, 86). 1811 valtio otti seurakunnilta vastuun köyhien ylläpidon kuppaloissa (Anttonen & Sipilä 2011, 34). 1852 annettu köyhäinhoitoasetus maalaispitäjien huoltovelvollisuus lisääntyi, jolloin seurakuntien kirkkoherroista tuli laajamittaisen köyhäinhoitotoimen johtajia (Paaskoski 2017, 30). Maallinen hallinto erotettiin kirkollisesta hallinnosta vuonna 1865 kunnissa ja kaupungeissa 1873, kun valtio tarvitsi paikallishallinnon sosiaali- terveyshuollolle (Anttonen & Sipilä 2011, 41; Paaskoski 2017,

30). Vastuu köyhäinhoidosta alkoivat siirtyä vähitellen kuntien vastuulle ja kirkon vuosisatainen vastuu köyhäinhoidon järjestäjänä päättyi. Valtio kehitti tehokkaita keinoja ohjata kuntia suuntaamaan resursseja hyvinvointipalveluihin ja antoi kunnille suhteellisen suuren autonomian köyhäinhoidon järjestämisessä. (Anttonen & Sipilä 2011, 48; Paaskoski 2017, 30.) 1879 terveydenhuoltoasetuksen myötä myös vastuu terveydenhuollosta siirtyi kirkolta valtiolle (Anttonen & Sipilä 2011, 35).

1830-luvulta lähtien kunnat ja valtio järjestivät hätäaputoita, joilla oli suuri merkitys 1860-luvun katovuosien ja 1930-luvun laman aikana. Nämä olivat kunnallisen köyhäinhoidon eräs resurssi sekä mahdollisuus työhön osallistumiseen. Sosiaaliturvan kattavuutta ryhdyttiin tuolloin nostamaan, tason korotus tapahtui vasta 1970-luvulla. (Eräsaari 1991, 89, 90.) Kunnallisessa sosiaalitoimessa työvoimapolitiikan siirtyminen hätäaputoiden työlinjalta työttömyysturvaan ja työvoiman kehittämiseen on merkinnyt työhön sosiaalistamisen välineiden katoamista (Eräsaari 1991, 90).

Kansanlastentarha perustettiin 1888 (Anttonen & Sipilä 2011, 39). Vuodesta 1893 lähtien lapsia ei enää saanut sijoittaa kunnallisiin vaivaistaloihin, ellei niissä ollut erillistä lastenkotia. Kunnat ja kaupungit eivät kuitenkaan kustannusten pelossa perustaneet lastenkoteja, jolloin yksityiset lastensuojelutyötä harjoittavat kolmannen sektorin toimijat kantoivat edelleen päävastuun sairaista, kehitysvammaisista ja muuta huolenpitoa vaille jääneistä lapsista sekä yleisesti kehitysvammaisista. (Paaskoski 2017, 150, 158.) Julkinen huutokauppa ei vuosisadan vaihteessa vastannut yhteiskunnan moraalikäsitteitä inhimillisyydestä, joten senaatti kielsi huutokaupat 1891, vaikka ne jatkuivatkin 1900-luvun alkuun saakka. Ruotuhoitojärjestelmä eli laillistettu kerjuujärjestelmä oli maaseudulla voimassa 1900-luvulle saakka eikä järjestelmää virallisesti koskaan lakkautettu. (Eräsaari 1991, 71.)

Jos 1700-luku oli siviilioikeuksien ja 1800-luku poliittisten oikeuksien vahvistamisen vuosisata, niin 1900-luku oli sosiaalisten oikeuksien vahvistamisen vuosisata (Anttonen & Sipilä 2011, 54).

1900-luvun alussa yksilökohtaisen sosiaalityön periaatteet olivat jo vakiinnuttaneet asemansa Suomen köyhäinhoitojärjestelmässä sekä virallisten köyhäinhoidon että hyväntekeväisyyden piirissä (Eräsaari 1991, 84). Ylipäänsä julkisella sektorilla ei kuitenkaan ollut laajoja sosiaalipoliittisia tehtäviä ennen toista maailmansotaa. Myös sisällissota vaikutti sosiaalipolitiikan kehittymiseen hidastavasti. (Anttonen & Sipilä 2011, 35, 46.)

Suomi harjoittikin maailmansotaan asti poikkeuksellisen marginaalista ja köyhäinhoitoon painottuvaa sosiaaliturvapolitiikka. Köyhäinhoito oli ensisijainen sosiaaliturvan muoto ja monet maattomat, tilattomat vanhukset, aviottomat ja leskiäidit sekä orpolapset joutuivat turvautumaan köyhäinapuun. Köyhäinapuun käytetyt varat ylittivät moninkertaisesti muun sosiaaliturvan saamat varat valtion yhteenlasketuissa sosiaalimenoissa ja vielä 1930-luvulla köyhäinhoitoon käytettiin enemmän varoja kuin sosiaalivakuutukseen. Vasta 1936 sosiaalihuoltolaissa köyhäinhoito muuttui sosiaalihuolloksi. Sotien jälkeiseen aikaan saakka sekä kunnalliskotien asukit että muut pitkäaikaiset avustetut menettivät mm. kunnalliset äänioikeutensa. (Eräsaari 1991, 89; Anttonen & Sipilä 2011, 47, 57, 64.)

Sekä yksityisen hyväntekeväisyyden että kunnallisen köyhäinhoidon parissa siirryttiin 1900-luvun vaihteesta lähtien vähitellen piirijaon, johtokuntien, lautakuntien, palkattujen työntekijöiden sekä köyhien kuvausten viitoittamaan byrokraattis-hierarkkiseen arkeen (Eräsaari 1991, 82).

Vuosisadan alussa valtio alkoi myöntää kunnille harkinnanvaraista taloudellista tukea kättilöiden palkkaamiseen. 1920-luvulla sovittiin pysyvämmästä kustannusten jaosta. Suomen itsenäistyttyä alettiin perustaa uusia sairaaloita ja parantoloita ja vanhoja kohennettiin. Kunnallisen terveydenhuollon synnystä huolimatta palveluita ei tarjottu koko väestölle. Sairaalat oli aluksi tarkoitettu vain vähävaraisille ja varakkaammat potilaat käyttivät yksityisiä sairaaloita. 1940-luvulta lähtien terveyystalot nousivat kuntien hoitotyön keskuksiksi, niiden suojissa alkoivat työskennellä sosiaalipuolen työntekijät: kättilöt, terveystyöntekijät ja kodinhoitajat. (Anttonen & Sipilä 2011, 35; Ranta 2012, 57.)

Sotien välisenä aikana valtio otti entistä vahvemman roolin yhteiskunnan ohjaajana ja säätelijänä ja 1920-luvulla säädettiin joukko merkittäviä sosiaalipoliittisia lakeja. Näitä olivat mm. oppivelvollisuuslaki, progressiivinen tulo- ja omaisuusverolaki, köyhäinhuitolaki ja laki ja asetus tylsämielisten kasvatuksesta sekä työsopimus- ja työsääntölaki. Tämä sosiaalipoliittinen lainsäädäntö muutti yksityisen ns. kolmannen sektorin asemaa suhteessa valtiollisiin ja kunnallisiin toimijoihin. Lainsäädäntö velvoitti valtiovaltaa ja kuntia hoitamaan merkittävän osan aiemmin yksityisen vastuulle jääneistä sosiaalipoliittisista palveluista ja yhteiskunnallinen kontrolli lisääntyi. (Anttonen & Sipilä 2011, 46; Paaskoski 2017, 160, 180.)

Vaikka 1922 saatiin uusi köyhäinhuitolaki, jonka ajatuksena oli laajentaa avunsääjien joukkoa myös työttömiin, ilmeisesti vasta 1930-luvun lama näin myös teki. Tuona aikana huoltoapua saavien suhteellinen määrä maassamme oli korkeampi kuin koskaan sitä ennen tai sen jälkeen. (Eräsaari 1991, 89.) Kuitenkin edelleen vuonna 1928 vammaisten huolto, lastensuojelu, lastentarhatoiminta, leikkikenttätoiminta ja neuvonta olivat lähes kokonaan kunnallisen toiminnan ulkopuolella järjestöjen käsissä ja vielä 1930-luvulla järjestöt olivat monella sosiaalihuollon kentällä julkista valtaa tärkeämpiä toimijoita. Valtaosa järjestöjen aloittamasta toiminnasta siirtyi kuntien vastuulle vasta 1940- ja 1950-luvuilla. Mm. äitiys- ja lastenneuvolatoiminta oli järjestöjen käsissä 1940-luvulle asti, jolloin tuli laki äitiys- ja lastenneuvoloista ja toiminta siirtyi kuntien vastuulle. Kotiaputoiminta käynnistyi Mannerheimin Lastensuojeluliiton aloitteesta 1930-luvulla ja se kunnallistettiin 1950-luvulla. Lastentarhat olivat vieläkin pidempään järjestöjen pyörittämiä. (Anttonen & Sipilä 2011, 50.)

1930-luvulla suomalainen yhteiskunta oli valmis uusiin sosiaalipoliittisiin reformeihin ja ryhdyttiin luomaan laajoja julkisia hyvinvointipoliittisia järjestelmiä. Perustettiin lapsilisä- ja kansaneläkejärjestelmät, vakiinnutettiin kunnanlääkärijärjestelmä ja sosiaalihuoltoon tuotiin uusia palvelumuotoja mm. kunnallinen kodinhoito. Valtion ja kuntien tehtävät laajenivat ja järjestöistä tuli kuntien ja valtion jatkeita. 1937 äitiysavustusta pidetään yhtenä merkittävimmistä sosiaalipoliittisista laeista, joita Suomessa oli siihen mennessä säädetty. (Anttonen & Sipilä 2011, 50, 58, 59, 61.)

Suomessa olikin periaatteessa 1940- ja 1950-luvuilla pitkälle kehittynyt avoterveydenhuollon järjestelmä virkalääkäreineen, terveydenhoitajineen, neuvoloineen ja kouluterveydenhuoltoineen, mutta kansalaisten mahdollisuus käyttää terveydenhuoltopalveluja oli edelleen resurssikysymys ja epätasa-arvo suurta (Anttonen & Sipilä 2011, 73). Kunnat toimivat 1940-luvulle asti tärkeimpänä sosiaalipoliittisen toiminnan rahoittaja, jolloin valtion rahoitusosuus vasta nousi kuntia suuremmaksi (Anttonen & Sipilä 2011, 71).

Sota-aika juurrutti terveydenhuoltotyötä ja toi entistä vahvemman ammatillistumisen terveydenhuoltoon Suomeen. Kansanterveystyön järjestämisestä vastasivat vielä pitkälti kansalaisjärjestöt, mutta valtiollinen ohjaus ja lainsäädäntöyhteinäisesti terveydenhuollon toimintoja ja alojen koulutusta. Sota-aikana lisättiin kunnanlääkärin virkoja ja vuodesta 1943 alkaen valtio velvoitti kuntia tarjoamaan kunnanlääkärin palveluita ja kehittämään kouluterveydenhuoltoa sekä ottamaan vastuun koko väestön terveydestä. Huoli väestön riittävydestä sai valtion säätämään myös lait kunnallisista äitiys- ja lastenhuollon neuvoloista sekä kunnallisista terveystieteistä ja kättilöistä vuonna 1944. Vuonna 1945 perustettiin Työterveyslaitos, joka edisti ammattitautien tutkimusta ja työpaikkojen ennaltaehkäisevää työterveydenhuoltoa. Yleisestä lapsilisäjärjestelmästä säädettiin vuonna 1948. (Anttonen & Sipilä 2011, 61, 73; Paaskoski 2017, 320.)

Julkisella sektorilla ei siis ollut laajoja sosiaalipoliittisia tehtäviä ennen toista maailmansotaa. Toinen maailmansota muutti poliittisia asetelmia ja sosiaalipoliittikan kehittämisen edellytykset kasvoivat myös Suomessa. Sosiaali- ja terveysala alkoivat muotoutua yhdessä hyvinvointivaltioprojektin kanssa toisen maailmansodan jälkeisinä vuosikymmeninä sellaiseksi sosiaali- ja terveysalaksi palveluineen, asiakkaineen, potilaineen ja työntekijöineen kuin me sen tänä päivänä tunnemme. Sosiaalihuolto kasvoi terveydenhuollon ja koulutoimen rinnalle kolmanneksi suureksi hyvinvointipalveluksi. (ks. Anttonen & Sipilä 2011, 49, 63, 58, 64, 65; Eräsaari 1991, 41.)

Hyvinvointivaltiota voidaankin pitää yhtenä 1900-luvun tärkeimmistä, kunnianhimoisimmista ja vaikutusvaltaisista yhteiskunnallisista projekteista. Sillä korotettiin valtio hyvinvoinnin luojana ensisijaiseen asemaan pyrkimyksenä oikeuden-

mukainen ja kaikille hyvä yhteiskunta. Pohjoismaista hyvinvointivaltion mallia on luonnehdittu universaaliksi, sosialidemokraattiseksi ja naisystävälliseksi. Universalismilla tarkoitetaan hyvinvointivaltion toimintatapoihin ja päämääriin, sosiaalidemokratialla mallin taustalla oleviin poliittisiin voimiin ja naisystävällisyydellä pohjoismaisen mallin tasa-arvoista sukupuoli- ja tulonjako tähtäävää politiikkaa. (Anttonen & Sipilä 2011, 9, 36; Särkelä 2016, 31.)

Universalismin periaatteisiin kuuluu yhtenäisiin, kaikki kansalaiset kattaviin ratkaisuihin ja laadukkaisiin palveluihin, kuten varhaiskasvatus, äitiysneuvolat, vanhainkodit, sairaanhoitojärjestelmä ja toimeentuloturva. Etuudet ovat kansalaisuuteen tai maassa oleskeluun perustuvia. Periaatteena on, että kaikki saavat ja kaikki maksavat. Julkisella vallalla on keskeinen valta-asema sekä sosiaalivakuutuksessa ja sosiaali- ja terveyspalveluissa että myös työllisyydessä ja asumisessa. Valtio ja kunnat ovat hyvinvointipolitiikan keskeiset toteuttajat sosiaali-, terveys- ja koulutuspalveluissa yksityisen, seurakuntien ja kolmannen sektorin toimiessa vain täydentäjinä. (Anttonen & Sipilä 2011, 9, 13, 36; Raunio 2004, 179.)

Hoivaan liittyvät palvelutehtävät alkoivat painottua 1950-luvulla sosiaalihuollon sisällä. Ne muuttivat sosiaalihuollon toiminta-ajatusta palvelujen suuntaan ja sosiaalihuoltoa alettiin nimittää sosiaalipalveluksi. Pakkotoimenpiteiden rooli väheni niiden ollessa aiemmin palvelujärjestelmän tärkein osa. Vanhuus, vammaisuus, ja sairaus olivat yhä huoltoavun saamisen edellytys ja apu annettiin enemmän laitoshuoltona kuin rahallisena apuna. (Anttonen & Sipilä 2011, 64, 65.)

Valtio laati 1940-luvulla laitosstrategian, joka käsitti koko sosiaali- ja terveydenhuollon sektorin mielisairaidenhoidosta vanhustenhuoltoon (Anttonen & Sipilä 2011, 73; ks. Paaskoski 2017, 272). Keskussairaalalaki tuli voimaan 1943 ja keskussairaalauudistus 1949 (Lehtimäki 2014, 8-10, 20). 1950-luvulla rakennettiin laaja sairaalaverkosto (Anttonen & Sipilä 2011, 36). Keskussairaalat rakennettiin vuosina 1953-1988 osana suomalaisen yhdessä sukupolvessa tapahtuneen yhteiskunnan muutosta hyvinvointiyhteiskunnaksi. 1956 säädettiin sairaalalaki, joka siirsi terveydenhuollon järjestämistä vastuun valtiolta kunnille ja kuntainliitoille ja jonka perusteella maa jaettiin 21 keskussairaalapiiriin. Seuraavana vuonna säädettiin laki yliopistollisista keskussairaaloista. Tämä laaja sairaalaverkosto ja lääkäri-

pulan lientyminen paransivat terveydenhuollon saatavuutta huomattavasti. (Anttonen & Sipilä 2011, 73; Lehtimäki 2014, 8-10.)

Köyhäinhoidon periaatteisiin kuului kunnan oikeus periä antamansa hoidon kustannukset takaisin. Kun varakkaille vanhuksille avattiin 1950-luvulla uudistusten myötä oikeus kunnallisiin vanhainkoteihin oli ilmeistä, ettei köyhäinhoidon perinnettä voitu jatkaa eikä kaikki kustannuksia maksaa julkisista varoista. (Anttonen & Sipilä 2011, 36.) 1960-luvulla kansalaiset, järjestöt, liikkeet ja ryhmät vaativat lisää ja demokraattisempaa ja sukupuolten tasa-arvoa edistävää valtiota. Julkisesta vallasta tulikin tärkein sosiaalipolitiikan toteuttaja. (Anttonen & Sipilä 2011, 269, 270.)

Sosiaalityö on alusta lähtien ollut järjestelmä- ja ongelmakeskeistä ja korostanut koulutuksen ja ammatillisen osaamisen merkitystä. Se on perustunut lakiin, keskittynyt hallinnollisiin ohjeisiin sekä teoreettisiin ja metodisiin näkemyksiin. Se on tuottanut selkeitä, yhdenmukaisia ja tasavertaista asiakkaan oikeutta apuun ja oikeusturvaan. (Raunio 2004, 18, 19.) 1970-luvulle asti sosiaaliturvaa myös leimasi köyhäinhoidon dominanssi (Eräsaari 1991, 89).

1970-luku oli terveydenhuollon historiassa sikäli merkittävä, että aiempien vuosikymmenten kansanterveystyön tavoitteet olivat lääkäripulan, sairaalapainotteisen terveydenhuollon ja vaikuttavuudeltaan heikon terveysvalistuksen vuoksi epäonnistunut. 1972 voimaantulleen kansanterveislain myötä avoterveydenhuolto muuttui vähitellen maksuttomaksi ja Suomeen rakennettiin kunnallinen terveyskeskusjärjestelmä, joka kohensikin kansalaisten perusterveyttä ja siirsi painopistettä ennaltaehkäisyyn. 1970-luvulle tultaessa suurin osa yrityksistä oli ilman työterveyspalveluita, vaikka 1964 vuoden sairausvakuutuslaki mahdollistikin kuluista korvauksen hakemisen. Tästä syystä vuonna 1971 tupossa sovittiin sitova työpaikkaterveydenhuollon kehittämisestä, terveyskeskuksille mahdollisuus tarjota työterveyden palveluita, jonka lisäksi yksityisille työterveyshuollon lääkäripalveluille tuli runsaasti kysyntää. Työterveyslaki tuli voimaan asteittain vuosina 1979-1983. (Anttonen & Sipilä 2011, 74; Paaskoski 2017, 320, 321; Lehtimäki 2014, 20.)

Nykyisen valtion tuella toteutettavan sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän perusta luotiin 1970-luvulla valtion resurssiohjauksella, valtakunnallisilla suunnitelmillä ja runsaalla rahoituksella. Sillä pyrittiin kansalaisten tarpeita tasavertaisesti kohtelevaan, alueellisesti kattavaan ja yhdenmukaiseen palvelujärjestelmään. Valtio asetti tuolloin kunnat muiden palveluntuottajien edelle. 1980-luvulla uudistettiin ja organisaatorakennetta laitoskeskeisyydestä avoimuuden suuntaan. Järjestöistä tuli kuntien yhteistyökumppaneita, järjestöjen toiminnat monipuolistuivat ja julkiselle sektorille myytävä palvelutoiminta lisääntyi. (Kuntaliitto 2008, 6, 7; Anttonen & Sipilä 2011, 274; Särkelä 2016, 38; Raunio 2004, 184, 185.)

1990-luvulla lakisäätöiset palvelut laajenivat ja kustannus- ja laatutietoisuus kasvoi. Vuonna 1991 valtion tiukka ohjaus lopetettiin ja sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisvastuu siirtyi kunnille, tuli voimaan erikoissairaanhoitolaki, ja sen myötä rakennettiin nykyinen sairaanhoitopiirijärjestelmä. Valtionosuusjärjestelmää uudistettiin vuonna 1993, normiohjauksesta siirryttiin informaatio-ohjaukseen ja samalla valtiojohtoisesta kuntajohtoiseen ja laitospalveluista avopalveluihin. Valtion vetäytyessä tuntuvasti hyvinvointivaltion palveluiden toteuttamisesta siirtyen ohjaukseen ja suositusten antamiseen hyvinvointiin liittyvät ratkaisut on tehty yhä useammin kunnissa. Muutos merkitsi hyvinvointivaltion jakaantumisen tulonsiirtojärjestelmästä vastaavaan valtioon ja hyvinvointipalvelusta vastaaviin kuntiin sekä kuntakohtaisten erojen syntymisen. (Kuntaliitto 2008, 6, 7; Kinnula, Malmi & Vauramo 2015, 11; Anttonen & Sipilä 2011, 274; Raunio 2004, 184, 185.)

Suomen EU-jäsenyys vuonna 1995 on yksi merkittävä muutoskohta suomalaisen yhteiskunnan kehityksessä ja sosiaalipolitiikan murroksessa, sillä Euroopan integraatiolla on ollut laajoja sosiaalipoliittisia vaikutuksia. Erityisesti Euroopan unionin sisämarkkinalainsäädäntö, joista suurimpana hankintojen säätely, on vaikuttanut paljon suomalaiseen sosiaalipolitiikkaan ja ennen kaikkea sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Särkelä 2016, 25.) Myös eurooppalaisen kilpailulainsäädännön toimeenpanon rinnalla on jatkettu Euroopan sosiaalisen mallin 7 rakentamista, jossa jäsenvaltiot sitoutuvat korkean sosiaalisen suojelun eli mm. sosiaalipolitiikan ta-

soon, työllisyyden parantamiseen, miesten ja naisten tasa-arvoon, työmarkkinajärjestöjen keskinäiseen vuoropuheluun. (Ulkoasiainministeriö 2013, 7.)

2000-luvulla kuntien haasteina olivat lisävelvoitteiden myötä palvelutarpeen ja toisaalta asiakkaiden vaatimusten kasvu kuin myös väestörakenteen muutos ikääntymisen ja muuttoliikkeen seurauksena ja valtionosuusjärjestelmän muutos, josta on seurannut kuntien erilainen kantokyky 2000-luvulla sosiaali- ja terveyspalveluita on ohjattu ja kehitetty eri strategioiden ja mm. KASTE -hankkeen avulla. (Kuntaliitto 2008, 7; STM 2016 b.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksia alettiin toteuttaa yli kymmenen vuotta sitten osittaisuudistuksilla (Alueuudistus 2017 c, 299). Vuosina 2007-2012 kuntien haasteisiin pyrittiin vastaamaan Kunta- ja palvelurakennemuutuksella (jatkossa Paras-hanke). Paras-hankkeen tarkoituksena oli vastata haasteisiin luomalla elinvoimainen ja taloudellisesti kestävä kunta- ja palvelurakenne sekä tuottaa terveydenhoito nykyistä laajemmalla väestöpohjalla ja turvata ehyet ja tasavertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut väestölle toimintatapoja ja palvelujärjestelmää muuttamalla. Hankkeen aikana tehtiin useita kymmeniä kuntaliitoksia, muut muutokset sosiaali- ja terveysalalle olivat pieniä. (Kuntaliitto 2008, 8, 9.)

Kuntien, järjestöjen ja yritysten keskinäinen osuus sosiaalipalveluiden tuottajina muuttui 1990-2015 vuosien välillä siten, että yksityisten osuus on kasvanut nopeasti ja merkittävästi ja yritysten osuus lisääntynyt suhteissa järjestöjen osuuteen (Särkelä 2016, 41). Hoivaamatta jääminen sekä palvelujen muuttuminen entistä selvemmin viimesijaisiksi on merkinnyt erityisesti mielenterveys- ja vanhuspalveluita tarvitsevan asiakkaan ja läheisten edellisten vuosikymmenten suurempaa vastuuta läheisistä. Lasten palveluoikeuksia on sen sijaan vahvistettu. (Raunio 2004, 187.)

3.2 Sosiaali- ja terveysalan nykytila

Suomen Tilastokeskuksen määritelmän mukaan julkinen sektori käsittää valtion ja kunnat. Valtion puolella siihen kuuluu valtion hallinto, Kansaneläkelaitos, Suo-

men pankki, yliopistot ja valtion liikelaitokset. Valtion alaisuudessa toimii sosiaali- ja terveysministeriö (jatkossa STM), jonka alla toimii Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos (jatkossa THL). THL:ään on keskitetty tietyt rajatut kansalliset sosiaali- ja terveyspalvelut, kuten Vankiterveydenhuollon yksikkö, Vanhan Vaasan sairaala, Niuvanniemen sairaala, Puolustusvoimien terveydenhuolto, turvakodit, auttava puhelin lähisuhdeväkivallan uhreille, rikos- ja riita-asioiden sovittelu sekä valtion koulukodit ja vankilan perheosasto (Karrasch 2017; Soininvaara 2017, 17; Stat 2016; HE 231/1996).

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäviin kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta sosiaalihuoltolain, kansanterveyslain, erikoissairaanhoidolain, mielenterveyslain, kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain ja tartuntatautilain perusteella. Toimivalta koskee käytännössä kunnallista sosiaali- ja terveydenhuoltoa sekä valtion mielisairaaloita. Myös yksityisen terveydenhuollon ja yksityisten sosiaalipalvelujen yleinen ohjaus ja valvonta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden yleinen ohjaus kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. (Alueuudistus 2017 f.)

Suomessa on vuoden 2017 alussa Manner-Suomessa 295 kuntaa ja Ahvenanmaalla 16 (Kuntaliitto 2017 a). Kuntiin ja kuntayhtymiin luetaan niin kuntayhtymien liikelaitokset kuin terveyskeskukset, sairaalat, päiväkodit, kunnallinen koululaitos ja kuntien hallinto. Siihen eivät kuulu valtion tai kuntien omistamat yhtiömuotoiset, markkinoilla toimivat palvelulaitokset ja toimipaikat. (Stat 2016.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäminen on tutkimushetkellä lakisääteisesti kuntien vastuulla. Kunta voi joko tuottaa palvelut itse tai ostaa ne järjestöltä, toiselta kunnalta tai kuntayhtymältä taikka yksityiseltä palveluntuottajalta ja kriminaalipotilaiden tapauksessa valtiolta. (Kuntaliitto 2008, 6; HE 231/1996.) Yksityisillä palveluntuottajilla tarkoitetaan tässä järjestöjä ja yrityksiä (Särkelä 2016, 38). Kuntien 21 muodostamat sairaanhoitopiirien kuntayhtymää vastaavat erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueillaan (L1.12.1989/1062).

Kokonaiskustannuksista suurimman osan julkisella sosiaali- ja terveysalalla muodostavat henkilöstökustannukset Väestö maksaa nämä palvelut joko veroina, pal-

velumaksuina tai vakuutusmaksuina (Kinnula ym. 2015, 34). Julkisen sosiaali- ja terveysalan kasvu on ollut sekä BKT:tä että muuta julkista sektoria nopeampaa koko 2000-luvun. (Kinnula ym. 2015, 13.)

Julkisen, kuntakeskeisen terveydenhuoltojärjestelmän rinnalla toimii yksityisiä ja kolmannen sektorin terveystalouden tuottajia. Yleinen sairausvakuutus on onkin tasoittanut koko kansan mahdollisuutta käyttää näitä palveluita. Niiden merkitys terveydenhuollon kokonaisuudessa on kuitenkin ollut pieni, joskin kasvamaan päin. Valtio rahoittaa jossain määrin kaikkia järjestelmiä ja järjestelmien päällekkäisyys onkin antanut kaupunkien palkansaajille mahdollisuuden valita palveluntuottajan toisin kuin maaseudulla asuvalle väestölle. (Anttonen & Sipilä 2011, 74.)

Pohjoismaisen hyvinvointivaltion tärkeitä saavutuksia ovat kansanvakuutus ja kansalle tarkoitettut palvelut. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä onkin kansainvälisesti arvostettu ja on palvelujärjestelmien parhaimmistoa maailmanlaajuisesti. Julkinen sosiaali- ja terveysala eivät kuitenkaan ole irrallaan muista yhteiskunnassa vaikuttavista järjestelmistä. Se onkin saanut osansa niukkuuden jakamisesta, joka on koskettanut kaikkia valtion rahoittamia aloja. Kansanvakuutuksen asema on heikentynyt ja sosiaalipalveluvaltio on muuttunut ja uudistunut. Tietyt järjestelmät ovat edelleen kansainvälisesti korkeatasoisia, kuten pienten lasten päivähoito, lasten kodinhoidontuki, ikääntyneiden kotipalvelu, opintotuki ja osaeläkejärjestelmä. Siirtyminen kohti marginaalista sosiaalipolitiikkaa on merkinnyt kansalaisille heikkeneviä oikeuksia, epävarmuutta viranomaispäätöksissä, korkeita hallintokuluja, uusia tuloloukkuja ja syrjäytymiskokemuksia. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat alkaneet kriisiytyä rahoituksen puutteessa. (Anttonen & Sipilä 2011, 262, 275; Kinnula ym. 2015, 15; Metsämuuronen 1998, 9.) Pohjoismaita on keuhuttu kyvystä yhdistää menestyvä talous hyvinvointivaltion ja luoda niiden välille hyvä kehä. Hyvinvointivaltion muutoksessa tämä on kuitenkin riskissä murtua. (Särkelä 2016, 35.)

3.3 Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuus

Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuus on yhtä määrätymätön kuin minkä tahansa muunkin alueen tulevaisuus. Jo vuonna 1998 julkaistussa Metsämuurosen tutkimuksessa asiantuntijat näkivät tulevaisuuden synkkänä ja haasteellisena. Yhteiskunnan syventyvä jakaantuminen eri hyvinvointiluokkiin, väestön ikääntyminen ja yhteiskunnallinen vaikuttamisen, epävarmuuden ja pahan olon lisääntyminen yhteiskunnassa nähtiin tapahtuvan tulevaisuudessa. (Metsämuuronen 1998, 1, 9, 153.)

Koko EU:n alueella väestö vanhenee, huoltosuhde huononee ja sosiaali- ja terveydenhuolto on taloudellisissa vaikeuksissa. Tähän on haettu ratkaisuja iteknologian hyödyntämisestä, joka on osoittautunut yllättävän haastavaksi sekä purettu porrastettuja ja segregoituneita järjestelmiä ja integroida niitä. EU:n laajuisesti ympärivuorokautisia laitospalveluita vähennetään, kolmannen sektorin rooli kasvaa ja julkiselle sektorille jää supistunut rooli lähinnä vapaaehtoistoiminnan järjestämisen edellytysten rakentamisessa. Tulevaisuuden megatrendejä ovatkin arkipäiväistäminen, palvelujen horisontaalinen verkottuminen sekä yhteiskuntaan takaisin integroiminen. (Kinnula ym. 2015, 95.)

Tutkimushetkellä Euroopan komissio on esitellyt ehdotuksensa sosiaalisten oikeuksien pilariksi ja se on tarkoitus vahvistaa vuoden 2017 loppuun mennessä. Pilari nostaa sosiaaliset näkökohdat EU:n toiminnan keskiöön, joka sisältää 20 keskeistä periaatetta ja oikeutta oikeudenmukaisten ja moitteettomasti toimivien työmarkkinoiden ja hyvinvointijärjestelmien tukemiseksi. Tavoitteena on parantaa työ- ja elinoloja, luoda yhtäläiset mahdollisuudet päästä työmarkkinoille sekä vahvistaa sosiaalista suojelua ja osallisuutta Euroopassa. (European Commission 2017.)

Jos julkinen rahoitus riittää vain marginaaliin sosiaalipolitiikkaan ja sen mukaiseen palvelutasoon, miten hyvin toimeentulevat kansalaiset tulevat järjestämään sosiaali- ja terveystalonsa. Jos julkinen palvelutaso ei tyydytä, ostetaan palveluita yksityiseltä, hyvinvointivaltiolla ei koeta olevan oikeutusta toimimattomana ja tämä voi johtaa verojen alentamisvaatimuksiin ja julkisvaltavetoisen sosiaalipolitiikan loppumiselle. Joka tapauksessa muutos ennakoi sosiaalipalvelujen ja van-

hustenhuollon palveluiden moninaistumista ja siirtymistä hyvinvointivaltiosta kohti hyvinvointiyhteiskuntaa. (Anttonen & Sipilä 2011, 269 275, 276.) Hyvinvoinnin sekatalouden eri pilareiden välillä on kuitenkin oleellisia eroja. Siinä missä julkinen sektori nojaa demokratiaan ja sosiaalisiin oikeuksiin ja järjestöt vapaaehtoisuuteen, markkinat nojaavat voittoon ja kuluttajuuteen. (Särkelä 2016, 33.)

On kuitenkin tavattoman vaikeaa ennustaa, mihin kehityskulut johtavat. Erilais- tumisen ja moniarvoistumisen politiikkaan sisältyy paljon hyviä asioita, mutta sen nimissä voidaan myös heikentää sosiaalisia oikeuksia, korottaa palvelumaksuja ja pudottaa käyttäjiä tietyn palvelun piiristä. Tulevaisuuden ydinkysymyksiä onkin, miten sovittaa yhteen oikeus hoivata ja oikeus hoivaan sekä palveluiden monipuolinen tarjonta. Sosiaalipolitiikassa ei ole kysymys vain rahasta vaan myös ajasta ja siitä, kenelle erilaiset tehtävät kuuluvat. (Anttonen & Sipilä 2011, 276.)

Isona sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuteen Suomessa vaikuttavana tekijänä on tutkimushetkellä käynnissä oleva historiallisen suuri sote-, maakunta- ja valinnan- vapausuudistus. Julkilausutut syyt ja tavoitteet uudistukselle ovat pitkälti samat kuin Paras-hankkeen kohdalla, sillä tavoitteena on parantaa palveluiden yhdenver- taisuutta ja saatavuutta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä hillitä kustan- nuksia. Tavoitteena on kokonaisuus, jossa samalla turvataan lähipalveluiden saa- tavuus ja ihmisiä lähellä tapahtuva päätöksenteko kuin myös valinnanvapaus, asiakaslähtöisyys, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus, yhteensopivuus ja tehokkuus kaikilla tasoilla. Yhtenä tavoitteena myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokoaminen laajasti saman vastuuorganisaation ja budjetin alaisuuteen ja palvelu- jen integraatio. Uudistukselle määritellystä 10 miljardin euron säästötavoitteesta noin 3 miljardia euroa on tarkoitus saavuttaa sote-uudistuksella vuoteen 2030 mm. rakenteita, rahoitusta, verotusta, ohjausta ja toimintamalleja perusteellisesti uudis- tamalla. (Alueuudistus 2016; Alueuudistus 2017 a, Alueuudistus 2017 c, 157, 158; Kuntaliitto 2008, 8.)

Nyt meneillään oleva sote- ja aluehallintouudistus kytkettynä valinnanvapauslain- säädäntöhankkeeseen on suurimpia hallinnon ja toimintatapojen uudistuksia, mitä Suomessa on tehty. Muutos koskettaa satojen tuhansien ihmisten työtä ja kaikkien

kansalaisten palveluja. Tavoitteena on sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä vastuun siirtyminen kunnilta ja kuntayhtymiltä 18 maakunnalle 1.1.2019 alkaen. (Alueuudistus 2017 a; Alueuudistus 2017 b; Alueuudistus 2016.)

Sekä valinnanvapauslakiluonnos että hallituksen sote- ja maakuntalakiluonnokset ovat olleet Sote-järjestämislaki ja maakuntalain on määrä tulla voimaan heinäkuussa 2017 (THL 2017 a). Valtiovarainministeriö on lähettänyt hallituksen esitysluonnoksen maakuntauudistuksen täytäntöönpanosta lausuntokierroksella. Esitysluonnos sisältää ehdotuksen maakunnille valtiolta, kunnilta ja kuntayhtymiltä siirrettäviä eräitä tehtäväkokonaisuuksia koskevien erityislakien muuttamiseksi sekä ehdotukset uudesta Valtion lupa- ja valvontavirastosta. Näiden palveluiden on tarkoitus siirtyä maakunnille vuoden 2019 alusta. (Alueuudistus 2017 d.)

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi maakuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä niiden yhteinen voimaannolaki sekä muut uudistuksen edellyttämät muutokset muuhun lainsäädäntöön eli ehdotus laiksi maakuntien rahoituksesta sekä ehdotukset kuntien rahoitusta koskevan lainsäädännön, verolainsäädännön, maakuntien ja kuntien henkilöstöä koskevan lainsäädännön sekä eräiden yleishallintoa koskevien lakien muuttamiseksi. (Alueuudistus 2017 c, 1.)

Esityksen mukaan Suomeen muodostettaisiin 18 maakuntaa, jotka olisivat alueellaan nykyisiä maakuntia vastaavia pienin poikkeuksin. Ylin päättävä elin olisi vaaleilla valittava maakuntavaltuusto, joka olisi kooltaan väestöstä riippuen 59-99-jäseninen. Maakunnat hoitaisivat niille laissa säädettäviä tehtäviä, joista keskeisimpiä olivat sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettavalla lailla siirrettäisiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu maakunnille. Sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen yhteistyön ja tarkoituksenmukaisen palvelurakenteen varmistamiseksi muodostettaisiin viisi yhteistyöaluetta. Järjestäminen ja tuottaminen erotettaisiin toisistaan ja palvelujen tuottamiseksi jokaiseen maakuntaan perustettaisiin maakunnan liikelaitos, jonka vastuulla olisi merkittävää julkista valtaa sisältävien palvelujen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalvelujen tuottaminen. (Alueuudistus 2017 c, 1, 176.)

Sosiaali- ja terveyspalveluja monipuolistettaisiin maakunnan oman tuotannon lisäksi yksityisillä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilla, jonka varmistamiseksi on tarkoitus sekä toteuttaa asiakaskeskeinen palveluintegraatio että valmistella asiakkaan valinnanvapautta koskeva lainsäädäntö. Valtion ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollosta vahvistuisi sekä ohjauksellisin keinoin että toiminnan rahoituksen kautta. (Alueuudistus 2017 c, 2.)

Nyt valmisteilla oleva valinnanvapausmalli osana sote- ja maakuntauudistusta on täysin uudenlainen malli eikä vastaavaa valinnanvapausjärjestelmää ole toteutettu missään muualla (Alueuudistus 2016). Laki asiakkaan valinnanvapaudesta on tarkoitus tulla esityksen mukaan voimaan vuoden 2019 alusta. Tällöin asiakas voi valita tutkimushetken tilannetta laajemmin koko valtakunnan alueelta sosiaali- ja terveyspalvelun tuottajan ja sen toimipisteen valinnanvapauden piiriin kuuluvissa palveluissa. Asiakas voi maakunnan, yksityisen tai kolmannen sektorin palveluntarjoajalta asiakasmaksun ollessa kaikissa sama. Ensin valinnanvapauden piiriin tulevat sosiaali- ja terveyskeskuksen (jatkossa sote-keskus) hoitajan ja lääkärin palvelut ja sosiaalipalveluihin liittyvä neuvonta sekä hammashoito. Vuonna 2021 sote-keskusten tarjontaa on tarkoitus laajentaa erikoislääkärrien vastaanottoja ja lyhytaikaisesti tarvittavien sosiaalipalveluja tarjoaviksi keskuksiksi. Jos asiakas ei itse valitse sote-keskusta, maakunta kirjaa asiakkaan lähinnä olevan sote-keskuksen ja hammashoitolan asiakkaaksi. Palveluntuottajaa voi vaihtaa vuoden välein. (Alueuudistus 2017 e.)

Sote-keskus myöntää maksuseteleitä ja ohjaa eteenpäin. Maksusetelillä asiakas voi valita palveluntuottajan palveluntuottajarekisteriin rekisteröityneistä palveluntuottajista. Vanhus- ja vammaispalveluiden käyttäjät voivat saada henkilökohtaisen budjetin. Sekä henkilökohtaisesta budjetista ja asiakassetelistä on oikeus kieltäytyä. Mikäli asiakas kieltäytyy niistä tai tarvitsee sote-keskuksen toimialaan kulumattomia palveluita, hänet ohjataan maakunnan liikelaitoksen palveluiden piiriin. Kiireellistä hoitoa saa päivystyksistä ja sairaaloista kuten tutkimushetkeläkin. (Alueuudistus 2017 e.)

Hyvinvointivaltiojärjestelmissä sosiaali- ja terveydenhuollon menojen on havaittu olevan tiukemmin sidoksissa vallitsevaan suhdannetilanteeseen. Järjestäjän julkishallinnollinen luonne voisi teoriassa johtaa tehokkaampaan varojen kohdentumiseen useiden lakisääteisten tehtävien välillä, mutta käytännössä poliittiset intressit saattavat vaikeuttaa varojen kohdentumista kokonaishyödyn kannalta optimaalisella tavalla. (Alueuudistus 2017 c, 163.)

Sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksenkin jälkeen Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on edelleen sekajärjestelmä, jossa sosiaalisia oikeuksia toteutetaan sekä julkisin palveluin että vakuutusperusteisesti. Tarkoituksena on universaalien etuuksien ja palvelujen järjestämistä vastuun ja rahoituksen säilyminen julkisen vallan tehtävänä hyödyntäen monipuolista tuotantorakennetta tehokkuusetujen saavuttamiseksi. (Alueuudistus 2017 c, 164.) Valtion alaiset sosiaali- ja terveystalvet eivät kuulu nyt toteutettavaksi aiottavan sote- maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen piiriin eikä niiden rahoitus, järjestämistä vastuu, asiakkaiden asema, henkilöstön asema tai palvelussuhteen ehdot näin muutu (Karrasch 2017; Soininvaara 2017, 17).

4 SOSIAALI- JA TERVEYSALAN TYÖEHTOJEN HISTORIA, NYKYTILA JA KEHITYS

Tässä luvussa kuvataan sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen historia, nykytila ja kehitys sekä avataan aiheen ymmärtämisen ja tutkimisen kannalta keskeiset käsitteet ja määritelmät, joiden varaan tutkimus rakentuu (ks. Hirsjärvi, Remes, Liikanen, & Sajavaara 1986, 25).

4.1 Sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen historia

Töitä Suomessa on tehty kautta aikojen ja palkkatyötäkin vuosisatoja. (Kairinen 2001, 14). Tässä opinnäytetyössä työllä tarkoitetaan palkkatyötä, josta maksetaan palkkaa (Suomi-sanakirja 2017 a), työehdoilla palkkatyövoimaa koskevia oikeudellisia ehtoja (Suomi-sanakirja 2017 b), työsuhteella työntekijän ja työnantajan välistä työsopimukseen perustuvaa oikeussuhdetta eli epäitsenäisen palkkatyövoiman käyttösuhdetta (Suomi-sanakirja 2017 c; Kairinen 2001, 14) ja työsuhteen ehdoilla työnantajan ja työntekijän välisen työsuhteen sisältöä (Engblom 2013, 4). Palvelussuhteella taas tarkoitetaan työnantajan ja työntekijän työ- tai virkasuhdetta ja palvelussuhteen ehdoilla virka- ja työehtosopimuksen ehtoja (Tieteentermipankki 2017).

Palkkatyövoimaa onkin säädelty sen varhaisista ajoista lähtien. Jo keskiajalla maatalouden palkollisten asemaa säädettiin tutkimushetkisen Suomen rajojen sisällä maakunta- ja maanlaeissa, myöhemmin palkollisasetuksissa. Tällöin oli voimassa palveluspakko, jolloin jokaisen, joka ei kyennyt itseään omaisuudellaan elättämään, oli pestauduttava jonkun isännän tai tehtaanomistajan palvelukseen. Työsopimuksen tekemisen eikä liikkuvuuden vapautta tuolloin ollut. Rahvas eli eräänlaisessa orjuudessa, sillä palveluspakko ja laillisen suojelun järjestelmä takasivat työpaikan, mutta oli tehtävä sitä mitä määrättiin ja niillä ehdoilla, mitkä saneltiin. Mahdollisuutta vaikuttaa omiin yhteiskunnallisiin asioihin ei ollut. Ellei ollut kenenkään palveluksessa, voitiin tuomita irtolaisena pakkolaitoksiin. Palveluspakko poistui vuonna 1865. Tämän maatalousvaltaisen sääty-yhteiskunnan työsuhteiden sääntelyn keinot ja tavoitteet poikkesivat oleellisesti itsenäisen Suomen

ennen toista maailmansotaa luodusta työoikeudesta. (Hurri 1991, 9, 10; Kairinen 2001, 14, 16.)

Niin Suomessa kuin muualla maailmallakin on myös aikojen alusta lähtien synnytetty ja ihmiset ovat yrittäneet parantaa niin fyysistä, psyykkistä kuin henkistäkin hyvinvointia ja sairauksia. Niihin on tarvittu ja hankittu toisen ihmisen apua, osaamista ja tietämystä. Ennen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten järjestelmällistä kouluttamista ja vielä pitkälle 1900-luvulle heidän rinnallaan terveyttä hoitivat koulutettujen ammattilaisten puutteen sekä yhteiskunnan ja potilaiden köyhyyden ja tietämättömyyden vuoksi itse oppineet puoskarit. Näitä olivat erilaiset kiertävät kansanparantajat, välskärit ja parturit, jotka suorittivat kirurgisia toimenpiteitä. Heillä oli oma ammattikuntansa ja niiden säännöissä määritellyt toimintaehdot. Myös kylvettäjät ja ruumiinpesijät, kupparit ja synnytyksissä avustavat paarmuskat, lapsenpäästäjät, olivat itseoppineita, jopa sairaanhoitajat aluksi. (Anttonen & Sipilä 2011, 35; Ranta 2012, 54.)

Terveydenhuollon ammatteja on kehitetty alkuajoista lähtien läheisessä yhteistyössä valtioon ja kuntaan, vaikka niiden alkujuuret ovatkin kansalais- ja naisjärjestöjen tekemässä työssä (Anttonen & Sipilä 2011, 36). Sosiaali- ja terveysalan vanhimpia koulutuksen saaneita ammattilaisia ovat lääkäri, kätilö, diakonissa, sairaanhoitaja ja terveystyöntekijä (Ranta 2012, 54, 55). Ensimmäinen lääkäri valmistui Suomessa vuonna 1742 ja ensimmäinen kokonaan Suomessa opiskellut lääkäri 1743. Piirilääkärin virkoja alettiin perustaa 1750-luvulla. Kaiken kaikkiaan 1640-1872 valmistui Suomessa vain 55 lääkäriä. (Hyppölä & Mattila 2004, 971.) 1878 valmistui ensimmäinen ensimmäinen laillistettu naislääkäri, joka oli erikoistunut naisten ja lastentauteihin (Paaskoski 2017, 61). Lääkärin määrä alkoi kasvaa vasta 1800-luvun lopussa, mikä aiheutti myös erikoistumista (Lehtimäki 2014, 12).

Turun kätilöoppilaitos aloitti toimintansa 1816 ruotsiksi, suomeksi kätilökoulutusta alkoi saada vuonna 1859 Helsingissä (Ranta 2012, 54). Ensimmäisiä diakonissoja alettiin kouluttaa vuonna 1867, kun Helsingin Diakonissalaiton perustettiin. Diakonissalaitoksessa diakonissoja koulutettiin sairaiden, kärsivien ja kaikkein hädänalaisimpien, erityisesti naisten, auttajiksi. Alusta alkaen he saivat sairaanhoidon opetusta ja tekivät kotikäyntejä. Miehiä he eivät voineet sen aikaisen lain-

säädännön mukaan hoitaa. (Paaskoski 2017, 36, 55; Ranta 2012, 55.) Diakonissat olivatkin köyhäinhoidon, kotisairaanhoidon ja ja vanhustyön uranuurtajia (Paaskoski 2017, 100).

Sairaanhoitajien koulutus alkoi kurssimuotoisena 1880-luvun lopussa. Diakonissalaitoksella aloitettiin 1889 6 kuukauden pituinen ja 1891 vuoden pituinen sairaanhoitajakoulutus. Valtion maksuttomat kurssit kestivät aluksi 3 kuukautta, pian jo kuusi kuukautta ja 1918 oli vuoden pituisia kursseja lääninsairaaloissa. Tuberkuloosin Vastustamisyhdistys aloitti sairaanhoitajien, erityisesti tuberkuloosihoitajien koulutuksen vuonna 1907. Sairaanhoitajien koulutus vakiintui 1910-luvulla, jolloin julkaistiin ensimmäinen alan oppikirja Suomessa. (Paaskoski 2017, 74, 76; Ranta 2012, 54.)

Ylipäänsä naisten koulutusta alettiin arvostaa ja siitä tuli hyväksytympää ja sosiaalisen kohoamisen väline 1910-luvulla (Paaskoski 2017, 139). 1919 Lääkintöhallitus yhtenäisti sairaanhoidon koulutusta ja sairaanhoitajien koulutukselle annettiin määräaika (Hdl 2016). Terveystieteiden koulutus, joilla oli sairaanhoitajakoulutuksen ohella erityinen terveydenhoitokoulutus, aloitettiin 1920-luvulla (Ranta 2012, 55, 56). 1929 säädettiin laki ja asetus sairaanhoitajattarien koulutuksesta ja toimen harjoittamisesta (Paaskoski 2017, 183).

Diakonissalaitoksella työskentelevät diakonissat työskentelivät sen perustamisesta lähtien palkatta kaikkein hädänalaisimpien hyväksi. Palkkasuhteessa ensimmäiset diakonissat saattoivat olla vasta 1900-luvun alussa, mutta tällöinkään heitä ei vihitty diakonittariksi eivätkä he jääneet Diakonissalaitokselle töihin. (Paaskoski 2017, 47-97.) Työpäivät olivat vuosisadan vaihteessa pitkiä, työ tuntui aivan riittämättömältä kurjuuden määrään nähden ja kohtelu potilaiden tahoilta vähättelevää. 1940-luvulla palkka ei meinannut riittää elämiseen, vaikka sitä korotettiinkin. (Paaskoski 2017, 105.)

Työlainsäädännön kehityshistoria vanhasta työlainsäädännöstä moderniin on vaikeaselkoista ja monitasoista (Kairinen 2001, 15). Alun alkaen palkollisuhteet oli-

vat määräaikaaisia tai tilapäisempiäkin ja vastike työstä maksettiin pääosin luontaisetuina ja jonkin verran rahapalkkana, joita määrittivät viranomaisten maksimitaksa-asetukset. (Kairinen 2001, 16.) Nämä muuttuivat kaikki 1800-luvun loppupuolella, kun ammattikuntalaitos lakkautettiin, palveluspakko poistui, irtolaislainsäädännön yhteys työlainsäädäntöön katkesi ja liikkumisvapaus sallittiin eli työ ja pääoma vapautettiin ja elinkeinovapaus säädettiin. Näiden vanhojen sosiaalisten ja normatiivisten rajojen purkautuessa työntekijä saattoi periaatteessa itse vaikuttaa asemaansa omalla sopimuksellaan. (Kairinen 2001, 17; Hurri 1991, 10.)

Ammattitaidoton ja kokematon työvoima työskenteli osin epäinhimillisissä olosuhteissa. Hyvin alkeelliset, terveyttä vaarantavat työolosuhteet, suojaamattomat koneet ja laitteet, puutteellinen työnopastus, suorastaan kurja palkkaus, suhteetoman pitkät työpäivät ja lasten ja nuorten käyttäminen teollisuustyössä, kaivoksissa jne. olivat tyypillisiä työolojen epäkohtia. Teollisuudessa työskentelikin heti sen alkuajoista lähtien paljon myös nuoria ja lapsia. Vaikka alin työhönottoikä, 12 vuotta, oli säädetty lailla, oli myös alle 12-vuotiaita lapsia teollisuudessa työssä. Alle 15-vuotiaiden lasten työajat ylittivät valitettavan usein 1800-luvun elinkeinoasetuksen säätämän sallitun työajan. Ylipäätään teollisuudessa työpäivät olivat hyvin pitkiä, usein 15-tuntisia, myös lapsilla. (Forelius 2003, 15, 76.)

Tilastot osoittivat yksiselitteisesti teollisuustyön riskit. Keinoina tilanteen korjaamiseksi pidettiin mm. lainsäädännön kehittämistä ja valvonnan lisäämistä, joilla voitaisiin aikaansaada minimitason turvallisuus teollisille työpaikoille. Kehitys oli kuitenkin hidasta ja valvonnan voimavarat vähäisiä. Ongelmia aiheuttivat puutteellisen työturvallisuuden ja ammattihygienian lisäksi eritasoiset sosiaaliset ongelmat. (Forelius 2003, 76)

1800-luvun jälkipuolella kansanliikkeiden ja yhdistysten määrä sekä poliittinen painostusvoima kasvoi. Syntyi raittiusliike, nuorisoseurat, naisyhdistykset, uskonnollisia yhdistyksiä ja osuustoimintaliike sekä työväenyhdistykset. (Anttonen & Sipilä 2011, 43.) 1900-luvun alussa järjestökenttä alkoi eriytyä eikä ollut vain eliitin ja porvarisnaisten ylläpitämää hyväntekeväisyystoimintaa. Työväenliike orga-

nisoitui ja radikalisoitui ja työväestö perusti omia järjestöjä yhteiskunnan ja työelämän ongelmien korjaamiseksi. (ks. Anttonen & Sipilä 2011, 44.)

Työväenliike tuli Suomeen 1800-luvun viimeisinä vuosikymmeninä (Hurri 1991, 9). 1884 perustettiin Helsinkiin ja Vaasaan Suomen ensimmäiset työväenyhdistykset. Helsingin yhdistyksen puheenjohtaja painotti työnantajien ja työntekijöiden yhteistoimintaa, työolojen kohentamista sekä työntekijöiden ammattiopetuksen ja ohjauksen lisäämistä. (Paaskoski 2017, 66.)

Työntekijäpuoli järjestäytyi ensin työväenyhdistyksiksi, jotka muuttuivat ammattiyhdistyksiksi ja työnantajapuoli järjestäytyi omiksi liitoikseen. Työntekijät ovat siis perustaneet jo yli 100 vuoden ajan ammattiliittoja ajaakseen omia etujaan suhteessa työnantajaan. Myös ensimmäiset työnantajien ja työntekijöiden keskusjärjestöt perustettiin. Näin luotiin edellytykset kollektiivisopimusten käyttöönotolle, mutta työnantajapuolen vastustuksen vuoksi niitä ei vielä juuri solmittu ja työnantajat saattoivatkin yksipuolisesti edelleen määrätä pitkälti palvelussuhteen ehtoisita. (Kairinen 2001 18-19; Melin 2012, 19.)

Kuntien välistä yhteistyötä edistämään ja valtakunnalliseksi edunvalvojaksi perustettiin työnantajien keskusjärjestöjä. Kunnallinen keskustoimisto perustettiin 1912 kuntien ja kauppaloiden edunvalvojaksi. 1921 perustettiin suomenkielisten maalaiskuntien edunvalvojaksi Maalaiskuntien liitto ja 1926 ruotsinkielisten vastaava Finlands Svenska Landskommuners Förbund. Suomenkielisten kuntien liitto sai nimekseen Kunnallisliitto vuonna 1969 ja ruotsinkielinen Finlands Svenska. Kuntien edunvalvonnan tehostamiseksi em. Keskusjärjestöt sekä Kunnallinen työmarkkinalaitos, Sairaaliitto, Suomen Ammattioppilaitosten liitto ja Suomen maakuntien liitto yhdistyivät Suomen kuntaliitoksi vuonna 1993. (Kuntaliitto 2017 b.)

Sosiaali- ja terveysalan työntekijät alkoivat perustaa omia ammattiliittoja samoihin aikoihin kuin muutkin työntekijäryhmät. Nykyään julkisella sosiaali- ja terveysalalla neuvottelevat palkansaajajärjestöistä suurin osa on perustettu 1800-luvun lopulla ja 1900-luvun alussa. Finska Läkaresällskapet, Suomen kolmanneksi van-

hin yhdistys, perustettu 1835 (Finska Läkaresällskapet 2017). Lääkäriliitto perustettiin vuonna 1910 (Lääkäriliitto 2017). Sairaanhoitajatyhdistys perustettiin vuonna 1898 (Paaskoski 2017, 182) Ensimmäinen kätilyhdistys perustettiin 1898 joista muodostettiin Suomen Kätilyhdistysten Keskusliitto vuonna 1919, myöhemmältä nimeltään Suomen Kätilöliitto. Sairaanhoitajat perustivat Sairaanhoidajaliiton vuonna 1925. Molemmat ovat toimineet osana Tehyä sen perustamisesta 1982 lähtien. Tehyn muodostavat edellä mainittujen lisäksi Suomen Bioanalytikkoliitto, Suomen Ensihoidoalan Liitto, Suomen Lastenhoitoalan Liitto, Suomen Mielenterveysalan Liitto ja Suomen Röntgenhoitajaliitto. Suomen apuhoidajien liitto perustettiin vuonna 1948 ja muutettiin nykyiseksi Suomen lähi- ja perushoitajien liitoksi, kun monet muut liitot muodostivat Tehyn 1982. (Kätilöliitto 2016; Silvennoinen 2012, 11.)

Jyty, aikaisemmalta nimeltään Kunnallisvirkamiesliitto KVL, perustettiin vuonna 1918 (Jytyliitto 2017). 1929 perustettiin Valtion ja erityispalveluiden ammattiliitto VAL ja 1931 Kunta-alan ammattiliitto, jotka yhdistyivät vuonna 2005 Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL:ksi (JHL 2017 a). Suomen Terveystenhoitajaliitto STHL perustettiin 1938 (Akava 2013) ja Talentia, silloiselta nimeltään Huolto-työntekijöiden ammatillinen keskus HAK, perustettiin vuonna 1949 (Talentia 2017). Nämä sosiaali- ja terveysalan liitot ovat neuvotelleet perustamisestaan lähtien edustamiensa alan ja jäsenten palvelussuhteen ehtojen ja työolojen puolesta. Edunvalvonnan keskiössä on ollut vaikuttaminen palkkaukseen ja muihin työehtoihin. (Melin 2012, 19.) Monet työväen- ja ammattiyhdistysliikkeen järjestöt elivät kuitenkin vaikeaa aikaa aina 1930-luvulle asti (Anttonen & Sipilä 2011, 46).

Kun lääkäriiliitto perustettiin vuonna 1910, Suomessa oli runsaat 500 lääkäriä, joista 400 kunnanlääkäriä. Ammattikunnan asemassa ja toimeentulossa oli monia ongelmia: palkkiotaksat olivat vanhentuneita tai niitä ei ollut lainkaan, lääkäri saatettiin mielivaltaisesti irtisanoa virastaan eikä sosiaaliturvaa ollut järjestetty. Lääkärin oli hoidettava köyhät ilmaiseksi, mutta varakkaiden potilaiden taksat oli lupa määrittellä itse. (Lääkäriliitto 2017, Anttonen & Sipilä 2011, 35.)

Työnantaja- ja työntekijäpuolen alkaessa järjestäytyä olivat niin työsopimus sopimustyyppinä kuin työehtosopimusjärjestelmäkin vasta kehittymässä. Työsuhteet olivatkin pitkälti vapaita sopimussuhteita. (Kairinen 2001 18-19.) Yksilöllisiä ja kollektiivisia palkkatyösuhteita määrittävät ja nykyisen kaltaiset palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavat lait säädettiin 1900-luvun alkupuolella. (Julkunen 2009, 24; Kairinen 2001, 19). Ammattiyhdistysliike ajoi lakolla ja eduskunnan määränemistöllä läpi esityksen 8 tunnin työpäivästä, josta eduskunta sääti lain 1917 (Paaskoski 2017, 118).

1920- luvulla säädettiin lait työsopimuksista ja joukkotyöriitojen sovittelusta sekä työsopimuslaki. 1930-luvulla säädettiin mm. lait kauppaliikkeiden ja toimistojen työoloista, työttömyyskassalaki, työntekijäin tapaturma- ja vakuutuslaki, työvälytyslaki, kansaneläkelaki ja uusittu vuosilomalaki. Tämän viime vuosisadan alussa syntyneen työoikeudellisen lainsäädännön tarkoitus oli antaa työelämän ilmiöille rakenne, muodot ja puitteet. (Kairinen 2001, 19; Paaskoski 2017, 203.)

Työntekijäosapuolten suojeltuihin oikeuksiin kuuluu ammatillinen järjestäytyminen ja kollektiivisten sopimusten eli työehtosopimusten tekeminen. Suomessa työnantajat pyrkivät kuitenkin säilyttämään kahdenväliset suhteet ja paikallisen paternalismin ja pääsääntöisesti kieltäytyivät työehtosopimuksista. He katsoivat valtion työsuojelulainsäädännön ammattiyhdistyksiä legitimiimmäksi työehtojen määrittelijäksi. Näin kollektiivisuhteiden luominen viivästyi Suomessa verrattuna Eurooppaan ja muihin Pohjoismaihin. Suomen työelämysuhteet ovat kuitenkin noudatelleet pääpiirteittäin pohjoismaista mallia, jolle on ominaista korkea järjestäytymisaste ja työehtosopimusten yleissitovuus. (Julkunen 2009, 24.)

1920 hyväksyttiin laki kättilöiden asettamisesta maalaiskuntiin ja kättilön palkka määrättiin kunnan ja valtion maksettavaksi. Tarkoituksena saada koulutettu kättilö kaikkien synnyttäjien saataville. Säädettiin kättilöiden minimipalkasta, josta 1/3 kunnalta ja 2/3 valtiolta. Rahapalkan tuli olla vähintään 3000 markkaa, minkä lisäksi kättilölle kuului asunto, sauna ja polttopuut. Palkka oli pieni, verrattuna vaikkapa alakansakoulun opettajan palkkaan, joka oli 10 000 markkaa vuodessa. Myös kuntien palveluksessa olevat sairaanhoitajat ansaitsivat nelinkertaisesti kättilöihin verrattuna, vaikka sairaanhoitajien ja kättilöiden koulutus oli rinnastettavis-

sa. 1937 annettu asetus kätilötoimen harjoittamisesta, jonka myötä kätilöiden työ laajennettiin virallisesti äitiyshuoltotyöksi. Kunnalliseen neuvottelu-oikeuslakiin vedoten Kätilöliitto neuvotteli lukuisista kätilöiden ammattialaan kuuluneista kysymyksistä. 1940-luvulla kätilöiden, terveystöiden ja kodinhoitajien työ oli edelleen liikkuvaista ja kiertelevää. 1954 Kätilöliitto julisti avoimet kätilövirat haku-kieltoon ja sai tällä työtaistelutoimenpiteellä kätilöiden palkkauskysymykseen tyydyttävän ratkaisun. (Kätilöliitto 2016; Ranta 2012, 57.)

1944 säädettiin laki kunnankätilöistä ja kokonaan uudet lait kunnallisista terveystöistä sekä lääkärin johtamista äitiys- ja lastenneuvoloista. Laki nosti kätilöiden palkat samalle tasolle sairaanhoitajien palkkojen kanssa. Tämä helpotti myös monen kätilön yksityiselämää, koska heidän ei enää tarvinnut ottaa äitejä vastaan omassa asunnossaan. Laki määräsi kätilöt hoitamaan ilmaiseksi kaikki potilaansa ja tehtävänsä, kuten kotisyntytykset, neuvolavastaanotot ja muun huoltotyön. Vuodesta 1920-1944 kätilöille oli kuulunut palkan lisäksi siis potilaan maksama korvaus jokaisesta toimituksesta tietyn taksan mukaan. Tämän poisjääminen oli helpotus sekä kätilöille että äideillä, kun ei tarvinnut periä maksua eikä toisaalta rajoittaa käyntejä köyhyyden vuoksi. Myös yhteistyö kunnanlääkärin, terveystöiden ja kätilöiden välillä lisääntyi. (Hdl 2016; Kätilöliitto 2016.)

Sotien jälkeen Suomessa alkoi sosiaalivaltioistuminen eli muutos hyvinvointivaltioiksi ja omaksuttiin uusi käsitys, jossa valtio alkoi suosia aktiivista sosiaali- ja työvoimapolitiikkaa. Hyvinvointivaltiomallin mukaan siinä tunnustettiin intressikonfliktit mm. työn ja pääoman välillä, muunnettiin ne kollektiivisesti ja neuvoteltaviksi, tehtiin jatkuvaa neuvottelu- ja sopimustoimintaa sekä harjoitettiin aktiivista sosiaalipolitiikkaa. Moderni työoikeus eli se järjestelmä, joka tutkimushetkellä Suomessa vallitsee, kehittyi toisen maailmansodan jälkeen hyvinvointivaltion ja sopimustoiminnan mukaan. Se rakentui työelämän arkkityypin ja tietyn normaalityösuhtekäsityksen varaan, jonka alkuperäismallina oli miespuolisen elättäjävollisen tehdastyöläisen vakinainen työsuhte. Tälle järjestelmälle on ominaista suhteellisen vapaa työmarkkinajärjestöjen neuvottelu- ja sopimustoiminta valtion luodessa puitteet toiminnalle. Se toimi tehokkaasti kehittäen sopimusten lisäksi työlaainsäädäntöä yhdessä valtiovallan kanssa. (Kairinen 2001, 22, 24, 25.)

Työehtosopimusten laajamittainen käyttöönotto tapahtui ns. tammikuun kihlauksessa 1940, jossa työnantaja- ja työntekijäjärjestöt tunnustivat toisensa neuvottelukumppaneiksi. Neuvottelutoiminta alkoi toimia vasta toisen maailmansodan jälkeen. 1940-luvulla uusittiin myös vuosilomalaki ja työaikalaki. (Kairinen 2001, 32.) Suomalainen nelikantainen maatalouden, työnantajien, ammattiyhdistysliikkeen ja valtiovallan kompromissi syntyi 1945, kun hallitus ensin neuvotteli STK:n, MTK:n ja SAK:n kanssa ja sitten teki tulonjakoon vaikuttaneet päätökset. Suomen työmarkkinat siirtyivät vuodesta 1945 alkaen kauteen, jolloin työntekijäin työehtoja säätelivät yhä enemmän ammattiliittojen ja työnantajajärjestöjen tekemät valtakunnalliset työehtosopimukset, jotka koskevat myös kaikkia liittoihin kuulumattomia alan työntekijöitä. (Bergholm 2015, 60, 68; Melin 2012, 19.)

Työntekijän aseman voidaankin sanoa parantuneen huomattavasti teollisen sosiaalivaltion ja modernin työoikeuden kehittymisen kaudella, kun he saivat niin järjestöllisen edunvalvonnallisen suojelun työehtosopimuksineen, työsuojelun, työsuhdeturvan, palkkaturvan ja sosiaaliturvan (Kairinen 2001, 25).

1950-1980-luvuilla Suomesta tuli palkkatyöyhteiskunta. Yksi suomalaisen palkansaajayhteiskunnan rakennuskivi on ollut julkisen sektorin hyvinvointipalveluiden kasvu. Hoivapalvelujen laajuus yhdistetään pohjoismaisen mallin naisystävällisyyteen ja sukupuolten välisen työnjaon muuttumiseen. Hoivan yhteiskunnallistuminen on mahdollistanut naisten ansiotyön ja päinvastoin: hyvinvointivaltion muuttuminen julkis palveluvaltioksi on tukenut naisten palkkatyötä. Siten Suomea voi pitää vahvana palkansaaja yhteiskuntana ja se on ollut sitä yhtäläisesti sekä miehille että naisille. (Kairinen 2001, 21; Pärnänen 2009, 9; Anttonen & Sipilä 2011, 73.) Sosiaali- ja terveydenhuolto on tarjonnut paljon enemmän naisille mahdollisuutta tehdä uraa kuin yksityinen sektori. Maaseudun näkökulmasta kunnallisen sosiaali- ja terveystyön kehittäminen on ollut ensiarvoisen tärkeä lisätä sekä palveluja että työpaikkoja, etenkin naisille. (Anttonen & Sipilä 2011, 51.)

Sosiaalityön koulutuksen alkuna voidaan pitää Helsingin Yhteiskunnallisessa korkeakoulussa vuonna 1942 aloitettua köyhäinhoidon ja lastensuojelun työntekijöiden kaksivuotista koulutusta (Raunio 2004, 34). Ensimmäinen sosiaalipolitiikan

oppituoli perustettiin Helsingin yliopistoon 1948 (Anttonen & Sipilä 2011, 60). Sosiaalityöstä ja sosiaalityöntekijöistä on puhuttu ensimmäisen kerran 1972 sosiaalityön koulutuskomitean mietinnössä. Koulutukseen käsitteet tulivat vasta 1980-luvulla, kun sosiaalihuoltajien koulutuksesta tuli sosiaalityöntekijöiden koulutusta ja koulutustaso kohosi alemmaa ammattikorkeakoulututkintoa vastaavasta maisterin tutkintoa vastaavaksi. Yliopistosta tuli sosiaalityön ammatillinen perusta ja se on mahdollistanut sosiaalityöstä ammatillisen työn ohella tieteenalana ja oppialana. Käsitteistön myötä sosiaalityötä alettiin määrittää erillisinä sosiaalihuollon organisaatioista. Koulutusta on määrittänyt kuntien sosiaalihuollon työntekijöiden tarve, minkä vuoksi koulutuksessa on painotettu juridis-hallinnollista osaamista. (Raunio 2004, 23, 33.)

Kun 1950-luvulla sairaalaverkostoa kehitettiin kattavaksi, ei 1 lääkäri 1000 asukasta kohden riittänyt. Tarvittiin lisää lääkäreitä ja lääkärinkoulutusta alettiin antaa Helsingin lisäksi myös Turussa ja Oulussa ja vuonna 1972 lähtien myös Kuopiossa ja Tampereella. (Hyppölä & Mattila 2004, 972). 1954 Kättilöliitto julisti avoimet kättilövirat hakukieltoon ja sai tällä työtaistelutoimenpiteellä kättilöiden palkkauskysymykseen tyydyttävän ratkaisun (Kättilöliitto 2016).

Valtio ryhtyi tukemaan ammattijärjestöjen työttömyyskassoja vuonna 1960. Vuodesta 1968 alkoi tulopolitiikan aikakausi, jolloin taloutta ja työehtoja ohjasivat valtio keskitetty ohjailu sekä keskusjärjestöjen puitesopimukset. Tällöin työmarkkinajärjestöjen valta kasvoi, samoin ammattiliittojen järjestäytymisaste, joka on edelleen korkealla tasolla. Samalla vuosikymmenellä luotiin myös työeläkelainsäädäntö ja sairausvakuutuslaki sekä uudistettiin työaikalainsäädäntöä siten, että siirryttiin 5-päiväiseen työviikkoon. 1960-luvun uudistusten jälkeen oli toimeentuloturvan perusta rakennettu (Anttonen & Sipilä 011, 72, 79; Kairinen 2001, 22, 23, 25.)

1970-luvulla uusittiin työsopimuslaki, jossa toteutettiin irtisanomissuoja sekä parannettiin työehtosopimusjärjestelmän kattavuutta omaksumalla yleissitovien työehtosopimusten järjestelmä, jolloin työehtosopimukset kattoivat myös järjestäytymättömän kentän. 1970-luvulla säädettiin laki yhteistoiminnasta ja yleinen va-

hingonkorvauslaki, uudistettiin vuosilomalaki sekä parannettiin työsuojelua ja palkkaturvaa. (Kairinen 2001, 25.)

Julkisen sektorin täysmittainen neuvottelu-, sopimus- ja sovittelujärjestelmä luotiin vuoden 1970 työ- ja virkaehtosopimuslainsäädännöllä. Ennen keskitetyn järjestelmän voimaantuloa valtio ja kukin kunta määräisivät viranhaltijan palkasta ja palvelussuhteen ehdoista itsenäisesti. Julkisen alan virka- ja työehtosopimusten sopijapuolina ovat vuodesta 1971 lähtien olleet työnantajapuolella Valtion työmarkkinalaitos (VTML) ja Kuntatyönantajat (jatkossa KT) sekä vuodesta 1975 alkaen Kirkon sopimusvaltuuskunta (KiSV), vuoden 2006 alusta Kirkon työmarkkinalaitos (KiT) (Kairinen 2001; L6.11.1970/670; L 6.11.1970/699).

1970-luvulla kättilöiksi hakeutuvilta alettiin vaatia sairaanhoitajien tutkintoa, joka johti koulutuksen pirstoutumiseen sekä avoterveydenhuollon osuuden poistumiseen ja kättilöiden kouluttamiseen vain sairaaloihin. 1972 kansanterveyslaki yhdisti kunnalliset terveysisaret ja kunnankättilöt virkanimikkeenä terveydenhoitaja. 1980-luvulla suora kättilökoulutus tuli takaisin koulutusohjelmaan ja siirryttiin väestövastuiseen perusterveydenhuoltoon. (Kättilöliitto 2016.)

1970- ja 1980-luvulla sairausvakuutuksen ja äitiyspäivärahan tasoa parannettiin keston ja määrän osalta, työttömyysturvajärjestelmä uudistettiin kokonaan ja sosiaalihuoltoapu vaihtui toimeentulotueksi, joka yhtenäisti kuntien kirjavia käytäntöjä ja toi koko kansan avun viimesijaisen toimeentulotuen piiriin. Näin sekä ansioturva että perusturva paranivat 1980-luvulla. 1980-luvulla säädettiin myös laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta. 1990-luvulla työttömyysturvajärjestelmään lisättiin työmarkkinatuki. (Anttonen & Sipilä 2011, 79, 80; L8.8.1986/609.)

Palvelussuhteen ehdoista sopiminen on 1990-luvulta aina viime vuosiin asti käytännössä tapahtunut kolmiportaisin sopimisoin siten, että keskusjärjestöjen välisin sopimisoin asetettiin yleisiä puitteita liittotason työehtosopimustoiminnalle ja alakohtaisilla sopimuksilla määritellään vähimmäistyöehdot samalla mahdollistaen monilta osin paikallisesti toisin sopiminen. Viime aikojen muutokset ovat olleet suuntaus kollektiivisesta oikeudenmukaisuudesta kohti tilannekohtaista oikeudenmukaisuutta, taisteluista kohti yhteistyötä ja työelämän kaikkinaisen joustami-

nen. Joustaminen on lisääntynyt eritoten työsuhteiden muodoissa, työajoissa, toimenkuvissa, mutta myös perhe- ja opintovapaiden muodossa. (Kairinen 2001, 30, 31, ks. EK 2015.)

4.2 Julkisen sosiaali- ja terveysalan palkansaajien arvot

Tulevaisuudentutkija joutuu usein sekä kuvailemaan ihmisten arvoja että luomaan niitä. On tärkeää tuoda ilmi, millaisten arvojen perusteella mitkään tulevaisuuden mahdolliset maailmat ovat tavoittelemisen arvoisia. Arvot tekevät mahdolliseksi arvioida, mitä täytyy tehdä, jotta toivottu lopputulos saavutetaan tai ei-toivottu vältetään. (Kuusi 2002 a, 38.)

Tässä tutkimuksessa on otettu lähtökohdaksi, että julkisen sosiaali- ja terveysalan palkansaajia työelämässä edustavien edunvalvontajärjestöjen arvot ovat palkansaajien itsensä demokraattisin prosessein yhdessä muodostamia ja täten edustavat palkansaajien arvoja työelämässä. Palkansaajajärjestöjen muodostamien keskusjärjestöjen arvot taas muodostuvat palkansaajajärjestöjen arvoista. Näitä arvoja ovat oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus, tasa-arvo ja demokratia, vastuullisuus ja eettisyys, ihmisyyys ja vapaus, yhteisöllisyys ja yhteistyöhakuisuus sekä jäsenlähtöisyys. (Akava 2015, SAK 2017, STTK 2017.)

4.3 Julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen nykytila

Kunta-alalla työskenteli vuonna 2012 viidennes palkansaajista; vuonna 2015 kunnissa ja kuntayhtymissä työskenteli 422 000 henkilöä, joista sosiaali- ja terveyspalveluissa 203 000. Heistä 16% oli virkasuhteisia ja 84% työsuhteisia. (Alueuudistus 2017 c, 94.) Vuodesta 2000 vuoteen 2012 julkisen sektorin osuus sosiaali- ja terveyspalveluiden työllisistä putosi 7 prosenttiyksikköä. (Ahokas, Honkatukia, Lehmus, Niemi, Simola & Tamminen 2015, 110). Julkisella sosiaali- ja terveysalalla työskenteli vuoden 2013 lopussa noin 282 000 henkilöä (THL 2016). Kokonaisuudessaan julkinen ja yksityinen sosiaali- ja terveydenhuolto on Suomen suurin toimiala henkilöstöllä mitattuna. Ala työllisti vuonna 2013 yhteensä noin 386 400 henkilöä. (THL 2017 a.)

Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstö koulutetaan Suomessa ammattikouluissa, ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa. Sosiaali-alan perustutkinnon eli lähihoitajan tutkinnon voi suorittaa erikoisalanaan asiakaspalvelun ja tietohallinnan, ensihoitajan, jalkojenhoidon, kuntoutuksen, lasten ja nuorten hoidon ja kasvatuksen, mielenterveys- ja päihdetyön, suun terveydenhoidon, vanhustyön tai vammaistyön osaamisalana. Tutkintoon johtava toisen asteen ammatillinen koulutus muodostuu ammatillisista perustutkinnoista sekä lisäkoulutuksina suoritettavista ammatti- ja erikoisammattitutkinnoista. Tutkinto on mahdollista suorittaa myös oppisopimus-koulutuksena sekä riippumattomina näyttötutkintoina. (Opetushallitus 2014; Opetushallitus 2017 a.) Myös hoiva-avustajat saavat koulutuksensa aikuis- tai työvoimakoulutuksena toisen asteen oppilaitoksissa. Koulutus sisältää osia lähihoitajan opinnoista, mutta ei johda tutkintoon ja työtehtävät on rajattu sosiaalihuoltoasetuksen (607/1983) tarkoitettuihin kotipalveluun liittyviin tukipalveluihin. (JHL 2017 b.)

Ammattikorkeakoulussa voit opiskella sosionomin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin, ensihoitajan, bioanalyytikon, röntgenhoitajan, terveydenhoitajan, suuhygienistin ja kättilön ammatin. Ylemmässä ammattikorkeassa taas mm. sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistä ja johtamista, ensihoidon johtamista, sosiaalialan käytäntöjen kehittämistä tai kliiniseksi asiantuntijaksi. Ammattikorkeakoulutuksessa voi suorittaa ammattikorkeakoulututkinnon, jonka jälkeen vähintään kolmen vuoden työkokemuksen jälkeen osaamistaan voi syventää suorittamalla ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon. Sen lisäksi on mahdollista suorittaa erikoistumisopinnot sekä ammatillinen opettajankoulutus. Opetusta antaa tutkimushetkellä 24 ammattikorkeakoulua. (Opetushallitus 2017 b; Opetushallitus 2017 c.)

Yliopistossa voi opiskella hammaslääketiedettä, farmasiaa, lääketiedettä, psykologiaa, terveystieteitä, sosiaalityötä ja sosiologiaa. Yliopistossa voi suorittaa alemman eli kandidaatin tai ylemmän eli maisteritason korkeakoulututkintoja sekä tieteellisiä jatkotutkintoja eli lisensiaatin ja tohtorin tutkintoja. Opetusta järjestetään 14 yliopistossa. (Opetushallitus 2017 d; Opetushallitus 2017 e.)

Kaikkien palvelussuhteen ehdot määräytyvät Suomessa niin kansainvälisten sopimusten, EU:n asetusten ja EU-tuomioistuimen päätösten kuin kansallisten laki-

en ja sopimusten mukaan ja työ- ja virkaehtosopimusten mukaan (Viitala 2013, 340, 341; L26.1.2001/55; Kairinen 2011). Julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteiden ehdot määritellään valtakunnallisesti neuvotteluissa virka- ja työehtosopimuksissa. Niistä neuvottelevat työnantajapuolen Kuntatyönantajat KT ja Valtion työmarkkinalaitos VTML ja palkansaajapuolen ammattiliitot muodostamiensa neuvottelujärjestöjen Kunta-alan unioni ry:n, Kunta-alan koulutettu hoitohenkilöstö KoHo ry:n sekä Julkisan alan koulutettujen neuvottelujärjestö JUKO kautta. (KVTES 2017 12; Kuntatyönantajat 2014, TEM 2015, 32).

Kunnan ja valtion työsopimussuhteisten asemaa määrittää työsopimuslaki (L 26.1.2001/55). Kuntalain mukaan kunnallista tehtävää, jossa käytetään merkittävää julkista valtaa, hoidetaan virkasuhteessa. Valtion henkilöstö on pääosin virkasuhteista ja heidän oikeusasemastaan säädetään valtion virkamieslaissa. Lain tavoitteena on mm. taata virkamiehelle oikeudenmukainen asema suhteessa työnantajaan. Virkasuhteen ehtojen sääntelyjärjestelmästä säädetään virkaehtosopimuslaissa ja työsuhteen ehdoista työehtosopimuslaissa. Virkaehtosopimuslainsäädäntöä täydentää valtion pääsopimus, jossa on sovittu valtion virkamiehiä koskevasta neuvottelumenettelystä. Virkamiesten ja työntekijöiden palvelussuhteen ehdoista sovitaan keskustason virka- ja työehtosopimuksilla, virastotason tarkentavilla virkaehtosopimuksilla ja työehtosopimuksilla valtion neuvottelu- ja sopimusjärjestelmän mukaisesti. Virasto- tai hallinnonalakohtaisia virka- ja työehtosopimuksia omalta ja hallinnonalansa osalta tekevät sopimusvirastot, joita on yhteensä n. 60. Näillä sopimuksilla sovitaan lähinnä palkkoja ja työaikoja koskevista erityiskysymyksistä ja ne hyväksyy valtiovarainministeriö. (VM 2017; L6.11.1970/669; L 750/1994.)

Julkisen sosiaali- ja terveysalan suurin työehtosopimus on 315 000 palkansaajaa kattava Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (jatkossa KVTES). Kunta-alan yleisimpiä hoitoalan ammattinimikkeitä ovat sairaanhoitaja, lähihoitaja, terveydenhoitaja ja laitoshuoltaja ja kunnan isoimpana ryhmänä sosiaali- ja terveysala, joista suurimpia ammattiryhmiä ovat sairaanhoitaja, lähihoitajat ja sosiaalialan ohjaajat. (Alueuudistus 2017 c, 94; KVTES 2017.) Valtiolla sopimus on Valtion virka- ja työehdot (jatkossa VES), jonka piirissä ovat mm. THL:n alaiset

valtion sosiaali- ja terveysalan laitoksissa työskentelevät palkansaajat (VM 2017). Lääkäriliitto on neuvotellut KT:n kanssa lääkäreiden virkaehdoista Lääkärisopimuksen, jota he noudattavat KVTES:n lisäksi soveltuvin osin (KT 2017 b).

Kuntien ja kuntayhtymien määräämisvallassa olevien säätiöiden, osakeyhtiöiden sekä yksityisten palveluntuottajien työnantajaedunvalvojana toimii Avaintyönantajat AVAINTA ry. AVAINTA ry:llä on yksi yleinen työehtosopimus, joka kattaa kaikki sen toimialat ja jonka palvelussuhde-ehdot ovat pitkälti samat kuin kuntien ja yksityisen sektorin työehtosopimuksissakin. (Alueuudistus 2017 c, 99.)

KVTES:ssa sovitaan sen soveltamisalasta, työrauhasta sekä työnantajan ja työntekijän yleisistä oikeuksista. Palkkauksen osalta sovitaan vähimmäispalkasta, osaikaisen palkasta ja varsinaisesta palkasta, palkanmaksusta, palkkausjärjestelmästä, palkkahinnoittelusta, palkkauksesta, tehtäväkohtaisesta palkasta, henkilökohtaisista ja muista lisistä sekä tulospalkkiosta. Työajan osalta sovitaan työajaksi luettava työaika, varallaoloajasta, työaikamuodoista ja niiden käytöstä, työpäivän yhtäjaksoisuudesta ja työvuoron pituuksista sekä työaikakorvauksista ja lepoajasta sekä työaikapankin käytöstä, vuosilomista pituuksineen, määräytymisineen ja soveltamisaloineen. KVTES:ssa sovitaan myös mm. sairauslomista, perhevapaista ja virka- ja työvapaista sekä luontoissuoritusten eli mm. matkakustannusten, ruokailun ja suojavaatetusten korvaamisesta, luottamusmiehen asemasta, valinnasta, tehtävistä, ajankäytöstä sekä asiat, joista voi sopia paikallisesti sekä toimintatavoista. Palvelussuhteen päättämisestä, osa-aikaistamisesta, lomauttamisesta sovitaan myös. Lisäksi on eri palkansaajaryhmille omat liitteensä, missä sovitaan erityisesti kyseisen henkilöstöryhmän palvelussuhteen ehdoista. (KVTES 2017, 3-11.) VES:issa, Lääkärisopimuksessa, AVAINTA-sopimuksissa sovitaan pitkälti samoista asioista (KT 2017; VM 2017; Alueuudistus 2017 c, 99).

Lääkärisopimuksen mukaisesti kuntien ja kuntayhtymien lääkäreiden palkkaus koostuu tutkimushetkellä tehtäväkohtaisesta palkasta, työkokemuslisästä ja henkilökohtaisesta lisästä. Kuukausipalkkaan vaikuttavat myös eri lääkäriyhmien omat palkkausmääräykset. Lisäksi terveyskeskuslääkäreille maksetaan toimenpide- ja käyntipalkkioita ja erikoissairaanhoidon lääkärit taas saavat lääkärintodistus- ja

lausuntopalkkioita. Näistä on neuvoteltu myös lukuisia paikallisia sopimuksia. Osalla lääkäreistä kokonaisansioihin vaikuttavat vielä päivystyskorvaukset. (KT 2017 b, 22.)

Paikallisella sopimisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa laajasti ymmärrettyä paikallisen sopimisen käsitettä. Sopiminen perustuu ennen muuta julkisen sosiaali- ja terveysalan kollektiivisopimusten määräyksiin, joidenka lisäksi lainsäädäntöön, yhteistoimintamenettelyyn sekä vapauteen sopia näitä asioita muutoinkin. (Arvidsson, Kairinen, Murto & Uhmavaara 2008, 9.) Viimeisinä vuosikymmeninä kehitys on sopimisen valtaa siirretty takaisin keskustasolta ja laajennettu paikallista sopimista koko 1990- ja 2000-luvun. (Kairinen 2001, 31; SAK 2016 a.)

Paikallista sopimista käytetään tutkimushetkellä runsaasti julkisella sosiaali- ja terveysalalla, jossa on laajat sopimisen mahdollisuudet kunta- ja valtiosektorilla. Sopijaosapuolina ovat työnantaja ja henkilöstöyhdistysten edustajat, yleensä luottamusmiehet. Paikallisesti voidaan sopia pääsopimuksen määräysten puitteissa työn vaativuuden arviointiin perustuvan palkkajärjestelmän soveltuvuudesta, kollektiivisopimukseen kuuluvan järjestelyvaraerän käyttämisestä, palkanlisistä, työaika- ja loma-asioista, liukuvasta työajasta, lomarahasta ja säännöllisen työajan tasoituksista sekä erityisryhmien palkkauksesta ja bonuksista. Tavoitteena on ollut toiminnallisen joustavuuden ja tehokkuuden sekä työehtojen parantaminen. Kunnissa näistä on kuitenkin sovittu vähemmän kuin valtiolla tai yksityisillä aloilla. (Arvidsson ym. 2008, 9, 10, 14, 17, 22, 91.)

Työn vaativuuden arvioinnilla (jatkossa TVA) tarkoitetaan tässä työssä työn tekijälleen asettamien vaatimusten arviointia. Arvioinnin kohteena on työ ja lähtökohdiana on se, että töillä on vaativuuseroja ja töiden vaativuustekijät voidaan mitata ja kuvata. Määritelmä on ILO:n tulkinnan mukainen ja Suomen käyttämä. Työn vaativuuden ohella palkkausperusteena käytetään usein henkilön pätevyyttä ja suoriutumista, jolloin tavoitteena on kannustaa hyvään työsuoritukseen ja osaamisen kehittämiseen. Kriteerit liittyvät yleisesti ammatin hallintaan, työsaavutuksiin sekä vastuullisuuteen. Sen tavoitteena on em. ohella edistää sukupuolten palkkatasarvoa. (Lahti, Tarumo, Vartiainen 2004, 15, 28, 32).

Lakien, asetusten, säädösten ja työehtosopimusten puitteissa työnantaja ja työntekijä solmivat työsopimuksen, jossa he voivat sopia toisin tai paremmin työsuhteen ehdoista (Engblom 2012, 6, 7). Työsuhteessa toisen sopijaosapuolen lakiin tai sopimukseen perustuvat oikeudet vastaavat aina toisen velvollisuuksia, jotka ovat seurausta oikeuksien logiikasta; toisen velvollisuus on toisen oikeus (Bruun & Von Koskull 2012, 40, 41). Työehdot, joista työsopimuksessa tulee vähintään sopia ovat työntekopaikka, työnantajan ja työntekijän koti- ja liikepaikka, koeaika, määräaikaisen työsopimuksen kesto ja määräaikaisuuden peruste sekä työnteon alkamisajankohta ja irtisanomisaika. Myös säännöllinen työaika, vuosiloman määräytyminen, noudatettava työehtosopimus, työntekijän pääasialliset tehtävät sekä palkan ja muun vastikkeen määräytymisen perusteet sekä palkanmaksukausi. (Äimälä ym. 2003, 18.)

Työsopimusten päätyyppinä on toistaiseksi voimassa oleva työsopimus ja määräaikaiset ja osa-aikaiset työsuhteet määritellään epätyypillisiksi. Laissa ei ole säädetty vähimmäistyöaika, jota työsuhteissa olisi noudatettava, joten erilaisia epätyypillisiä työaikoja sisältäviä määrä- tai osa-aikaisia työsopimuksia, kuten nollatuntisopimus, vaihteleva työaika, tarvittaessa työhön kutsuttavan sopimus ja keikka/puitesopimus, voidaan solmia työnantajan ja työntekijän välillä. Joidenkin alojen työehtosopimukseen on kuitenkin sisällytetty niitä koskevia määräyksiä. (TEM 2013, 2, 3, 6, 7.)

Hallitus on vuosina 2016 ja 2017 pidentänyt koeajan maksimipituutta 4 kuukaudesta 6 kuukauteen sekä mahdollistanut alle vuoden työsuhteissa määräaikaisen sopimuksen solmimisen ilman perusteita. Hallitus myös muutti vuosilomalain sairauskarenssisäännöstä keväällä 2016 sekä lyhentänyt tuotannollisista tai taloudellisista syistä irtisanottujen työntekijöiden takaisinottoaikavelvollisuutta 9 kuukaudesta 4-6 kuukauteen. (Järvinen 2016.)

Suurin osa palkansaaja- ja työnantajajärjestöistä allekirjoittivat vuonna 2016 kolmivuotisen kilpailukyky sopimuksen, jossa sovittiin työntekijöiden sosiaaliturva-

maksujen, työeläkemaksujen ja työttömyysvakuutusmaksujen nostosta ja työnantajien ko. maksujen alenemisesta. Siinä sovittiin myös vuosittaisen työajan pitenemisestä keskimäärin 24 tunnilla ansiotasoa muuttamatta sekä julkisen alan lomarahojen 30 prosentin leikkauksista vuosina 2017-2019. Kilpailukykysojpmuksessa sovittiin myös aiempaa paremmasta muutosturvasta tuotannollisista ja taoudellisista syistä irtisanotuille työntekijöille sekä paikallisen sopimisen kehittämisen edellytysten lisäämisestä. Sopimus solmittiin vaihtoehdoksi hallituksen kaavailemille pakkolaeille. (SAK 2016 a.) Julkisella sektorilla terveyskeskuslääkäreiden työaikaä pidennettiin yhdessä tunnilla ja viidellätoista minuutilla samaan työaikaan kuin sairaalalääkäreiden työaika oli jo ennen sopimusta eli työaika molemmilla kilpailukykysojpmuksen voimassaoloajan 38 h 15 min (KT 2017 b).

4.4 Sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteiden tulevaisuuden näkymiä

Sosiaali- ja terveysalan työhön ja työelämään vaikuttavat monet niin maailmanlaajuiset kuin paikallisetkin tekijät. Näitä yhteiskunnan, yhteiskunnan rakenteiden, yksilön, työn ja työelämän alueiden muuttumiseen vaikuttavia reunatekijöitä ovat globaaleja megatrendeistä mm. globalisoituminen, informaatioteknologian ja teknologinen kehitys sekä yhteyksien ja vanhusväestön lisääntyminen. Globaalien trendien lisäksi mm. kansantalous, työllisyyskehitys ja koulutuspolitiikka sekä kansalliset valtion ohjausjärjestelmien ja palvelurakenteiden muutokset nähdään vaikuttavina. (Metsämuuronen 1998, 1, 9, 152.)

Kaikkeen elämäämme vaikuttavia megatrendejä ovat myös futuristi Hiltusen (Hiltunen 2017, 37) tutkimuksen mukaan väestönkasvu ja väestön ikääntyminen, globalisaatio ja kaupungistuminen sekä varallisuuden, keskiluokan, kulutuksen ja eriarvoisuuden kasvu ja resurssien väheneminen. Samoin teknologinen kehitys ja digitalisaatio sekä ilmastonmuutos ja ympäristön saastuminen voivat vaikuttaa tulevaisuudessa merkittävästi. Sitran (Sitra 2017) työn ja toimeentulon, osallisuuden ja demokratian sekä kasvun kannalta merkityksellisiä megatrendejä ovat digitalisaatio, keinoäly, robotisaatio sekä digitaaliset alustat ja globalisaatio jotka muokkaavat kaikkia aloja, myös sosiaali- ja terveysalaa.

Metsämuurosen (Metsämuuronen 1998, 9) tekemän APESTE-analyysin mukaan sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaiden, poliittiset, taloudelliset, sosiaaliset, teknologiset ja ekologiset muutokset. Asiakkaiden muutoksina analyysissä todettiin olevan muutokset tarpeissa, arvoissa, ikään-tymisessä, terveydessä, ihmislajin kehittymisessä ja osallistumisessa päätöksente-koon. Poliittisina toimintaympäristön muutostekijöinä nähtiin kansainvälisyys, EU, ohjausjärjestelmän ja koulutuspolitiikan muutokset ja sosiaali- ja terveysalan kehitys kohti segregaatiota tai integraatiota. Kansantalous, työttömyys ja toisaalta työvoimapula sekä tietoyhteiskuntakehitys nähtiin taloudellisina muutostekijöinä, sosiaalisina taas verkostoituminen, muutokset palvelurakenteissa sekä kehitys kohti yhteisöllisyyttä tai toisaalta yksilöllisyyttä. Myös teknologisten ja ekologis-ten muutosten nähtiin vaikuttavan sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristöön.

Metsämuurosen (Metsämuuronen 1998) tutkimuksen mukaan työn yleiset muu-tokset tulevat heijastumaan myös sosiaali- ja terveysalalle. Työt muuttuvat epä-tyypillisemmiksi ja tekniikka ja apuvälineet kehittyvä. Työssä korostuvat ohjaa-minen, tukeminen ja koordinointi ja yhteistoiminnallisuus ja ammattilaiset kehittä-vät ja arvioivat enemmän omaa työtään.

Vuonna 2008 uskottiin, että työntekijöistä tulisi olemaan sosiaali- ja terveysalalla jatkossakin pula ja että työntekijät voivat itse hinnoitella työnsä hinnan, paikan ja paljonko aikaansa siihen käyttävät eli pitkälti työehtonsa. Ajateltiin, että vain hy-vinvointiin panostavat ja korkeaa palkkaa maksavat saavat työntekijöitä enää töi-hin. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus (jatkossa VATT) arvioi tuolloin, että vuonna 2040 tarvitaan 200 000 uutta työntekijää sosiaali- ja terveydenhuollon teh-täviin, ellei palvelujen tuottavuus ja toimintatavat muutu ja jos ikääntyvien palve-lutarve ja nykyisen henkilöstön eläköityminen pysyy ennallaan. Vuonna 2012 sil-loinen hallitus näki tavoittelemisen arvoiseksi työelämän osalta työvoiman alueel-lisen ja ammatillisen liikkuvuuden, maailman parhaan koulutusjärjestelmän kehittä-misen sekä lähityön ja globaalien työn lisääntymisen, joka johtaa yksilöityyn työ-elämään, työn ja oppimisen liittoon ja digitaaliseen talouteen. (Kuntaliitto 2008, 7; TEM 2015 a.) Myös vuonna 2016 Sote- ja aluehallintouudistuksen projektijohtaja

Pöysti arvioi haastattelussa työmarkkinatilanteen sosiaali- ja terveysalan henkilökunnalla olevan hyvä (STM 2016 c).

VATT:n tutkimuksen mukaan, jonka skenaariot yltävät vuoteen 2030, ennakoit-
nin politiikkaskenaariossa sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee työskentelemään
vuonna 2030 yhteensä noin 480 000 henkilöä, mikäli toimialan tuotantorakenteen
kehitys jatkuu viime vuosien kaltaisena. VATT:n tutkimuksessa työvoiman koko-
naistarjonnan oletetaan supistuvan, mutta sosiaali- ja terveyspalveluiden toimi-
aloilla kasvavan paljon ja enemmän kuin muilla toimialoilla. Sosiaali- ja terveys-
ala työllistäisi lähes 97 000 henkilöä enemmän vuonna 2030 kuin vuonna 2013.
(Ahokas ym. 2015, 110, 112, 115)

Tähän työvoiman tarjontaan ja kysyntään nähtiin tulevaisuuden ennakkoskenaa-
riossa vaikuttavan monet tekijät. Kysyntään vaikuttavat väestörakenne eli huol-
tosuhde, bkt:n kehitys, työn tuottavuuden kehitys sekä iäkkäiden palveluntarve.
Tarjontaan vaikuttavia nähtiin olevan koulutuksen läpäisyaste, työllistymisaste,
alan houkuttelevuus ja nuorisoluokkien koko. (TEM 2015 a, 2; TEM 2015 b.)

EK on muuttanut sääntöjään eikä neuvottele enää keskustason sopimuksia, mm.
tupoja. Se myös kiirehtii työmarkkinajärjestelmän pikaista uudistamista lähitule-
vaisuudessa tavoitteenaan lisätä määrätietoisesti yrityksissä tapahtuvaa paikallista
sopimista, jota toimialaliitot tukevat tavoitteena ketteryys, nopeus, työn tuottavuus
sekä työllisyys. (EK 2015.) Myös Helander ja Nylund (Helander & Nylund 2012,
7) näkevät tupojen jälkeen trendin kulkevan kohti liitto- ja työpaikkakohtaisia so-
pimuksia. Neuvottelumekanismit eivät ole enää yhtä keskitettyjä kuin aiemmin ja
neuvotteluiden piirissä olevien asioiden määrä muuttuu. Yhä suurempi osa neu-
votteluista koskee palkka-asioita ja työelämän sekä sosiaalipolitiikan kehittäminen
jäävät vähemmälle huomiolle. Samaan aikaan globalisaation eri ilmenemismuodot
ja työelämän jatkuvat murrokset jatkuvat, työpaikat siirtyvät ulkomaille, yritykset
ulkoistavat ja alihankkivat yhä enemmän. Sen lisäksi osa-aikatyö, määräaikaiset
työsuhteet, vuokratyövoimankäyttö ja maahanmuutto heikentävät perinteistä jär-
jestäytymisperiaatetta.

Suorannan ja Anttilan (Suoranta & Anttila 2010, 9) mukaan työpaikka tuntuukin olevan alati vaarassa 2000-luvun yhteiskunnassa, kun vakituisilla on lomautuksia ilmassa, määräaikaisten työt ovat toistuvasti loppumassa ja osa-aikaiset ja tarvittaessa töihin kutsuttavat sinnittelevät köyhyysrajalla.

Sote- ja maakuntauudistuksen yhteydessä tullaan tekemään laajin Suomessa koskaan toteutettu henkilöstön siirto työnantajalta toiselle, kun 400 kunnan henkilöstö siirtyy maakuntiin, maakuntakonserniin tai maakuntien määräysvallassa oleviin yhteisöihin 1.1.2019. Henkilöstöä siirtyy Tilastokeskuksen arvion mukaan kaiken kaikkiaan 236 178, joista 94% eli 222 000 on sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä (Stat 2017; Alueuudistus 2017 c, 292.) Sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistus merkitsee suuria organisatorisia ja palvelujen järjestämistapaa koskevia muutoksia, jotka tulevat vaikuttamaan henkilöstön sijoittumiseen ja työntekopaikkaan, asemaan, määrään, työtehtäviin sekä palvelussuhteen ehtoihin olennaisesti sekä lyhyellä että varsinkin pitkällä aikavälillä. Varsinainen palkka voi alentua uuden tehtävän tai viran alemman vaatimustason perusteella. Eläke-edut tulevat säilymään ennallaan. (Alueuudistus 2017 c, 292, 294.)

Lyhyellä tähtäimellä määräaikaisissa suhteissa oleva henkilöstö siirtyy palvelussuhteen keston ajaksi uuden työnantajan palvelukseen työsopimuslain ja virkamieslain liikkeenluovutusperiaatteiden mukaisesti 2020 loppuun saakka ja aikaisemman työnantajan palveluksesta perhevapaille jääneet ovat oikeutettuja palaamaan aikaisempaan työhönsä uuden työnantajan palvelukseen. Siirtyvän henkilöstön työvoimakustannusten arvioidaan olevan noin 11 miljardia vuodessa eli noin puolet kaikista kuntien ja kuntayhtymien työvoimakustannuksista. Maakunnat voivat järjestää palveluiden yhtiöittämisen 31.12.2020 mennessä, jolloin henkilöstö siirtyy jatkoluovutuksessa liikkeenluovutuksen periaattein kuten siirtymien kuntayhtymistä ja kunnista maakuntiin tapahtui. Tällä turvataan henkilöstön asemaa ja yhtiöittäminen voidaan tehdä hallituksi ja vaaleilla valitun maakuntavaltuuston johdolla. Kuntaliitosten yhteydessä Kuntarakennelain mukaista 5 vuoden irtisanomissuojaa, ei ole tulossa. Muita arvioita henkilöstön osalta raportissa esite-

tään, että ammattitaitoisen henkilöstön saatavuus ja sen aiheuttamat kustannukset ovat palvelujen toteuttamisessa merkittävin tekijä ja että jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tulee olemaan paikallista tarvetta vastaavasti eli vain joi-nakin päivinä viikoittain tai kuukausittain (Alueuudistus 2017 c, 98, 157, 292, 293).

Henkilöstön aseman turvaaminen on tärkeää, koska henkilöstö tarvitaan mukaan tekemään sisällöllistä muutosta. Hallitus on Pöystin mukaan linjannut, että ”henkilöstö siirtyy liikkeen luovutuksen periaatteiden mukaisesti” ensin maakuntiin ja sitten jatkoluovutuksena siirtymäajan jälkeen erillislakiin perustuen. Liikkeenluovutuksen periaatteiden mukaan työntekijät säilyttävät entiset työehtonsa työehtosopimuksen voimassaoloajan loppuun eikä niitä voi muuttaa pelkästään luovutuksen perusteella (Alueuudistus 2016 d; Äimälä, Nyysölä & Åström 2003, 59).

Tutkimushetkellä 190 sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiosta siirtyvä henkilöstö tulee jakautumaan 18 maakunnan maakuntakonserniin kuuluvien tai maakuntien määräysvallassa olevien yhteisöjen ja maakuntien välillä. Merkittävää julkista valtaa sisältäviä tehtäviä, joita ei muille viranomaisille voi siirtää, hoitaa jatkossa maakunta tai maakunnan liikelaitos. Kunnallisen palvelussuhdelainsäädännön soveltamisalaa ehdotetaan laajennettavan koskemaan myös maakunnan henkilöstöä eli henkilöstön asema ei tältä osin muutu. (Alueuudistus 2017 c, 293, 294.)

Uudistuksen edellyttämät järjestelyt valmistellaan kuntien, kuntien henkilöstön edustajien ja maakuntien yhteistoiminnassa. Laki työnantajan ja henkilöstön välisestä yhteistoiminnasta kunnassa laajennetaan koskemaan myös maakuntaa. Maakuntien väliaikainen virkamieshallinto tulee tekemään maakuntia sitovia henkilöstöä koskevia päätöksiä ja sopimuksia. (Alueuudistus 2017 c, 292.)

Sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen lisäksi hallitus on uudistamassa myös työaikalakia ja vuosilomalakia osana työllisyys ja kilpailukyky-kärkihanketta. Tähän kärkihankkeeseen kuuluu myös paikallisen sopimisen edis-

tämisen ja työllistämisen esteiden purkamisen, joustavoittaa työhön takaisinottovelvoitetta, työaikajärjestelyjen avulla suhdannevaihteluiden tasaamista. (Valtioneuvosto 2016.)

Palvelussuhteen ehdoista sopivien työmarkkinajärjestöjen osalta hallitus ehdottaa esityksessään, että Kuntatyönantajat toimii jatkossa myös maakuntien työnantajanedustajana uusitulla nimellä Kunta- ja maakuntatyönantajat KT (Stat 2017). Julkisen sosiaali- ja terveysalan henkilöstön siirtyessä kolmannelle sektorille tai yksityiselle sosiaali- ja terveysalalle työnantajana heidän palvelussuhteen ehdoista neuvottelisi tutkimushetken tilanteen mukaan suurimpana EK:hon kuuluva Hyvinvointialojen liitto (jatkossa HALI) ja muut muut yksityisen alan työnantajajärjestöt (HALI 2017).

Lääkäreiden suhteen Lääkäriliiton ja KT:n neuvottelemassa Lääkärisopimuksessa (KT 2017 b, 20, 22) on sovittu alustavasti tulevaisuuden askelmerkeistä että 1.1.2019 alkaen julkista valtaa käyttävät lääkärit työskentelevät maakuntien palveluksessa virkasuhteessa kuten aiemminkin. Virkasuhteissa lääkäreitä työskentelee myös erikoissairaanhoidossa. Valtaosa perustason palveluita tuottavista lääkäreistä ja hammaslääkäreistä siirretään valinnanvapauslainsäädännön vaatimusten vuoksi oletettavasti maakuntakonsernin tytäryhtiöihin. Tämän vuoksi että moni lääkäri työskentelee jatkossa työsuhteessa virkasuhteen sijaan ja esim. päivystysvelvollisuudesta on tällöin sovittava työopimuksessa, ellei esim. erityislainsäädännöllä toisin tulla määräämään. Työympäristö ei enää yhtä selkeästi ratkaisu lääkäriin työn sisältöä.

Lääkäriliitto ja KT ovat hahmotelleen tulevaisuuden palkkamalleja, joita voitaisiin käyttää kaikissa julkisen terveydenhuollon yksiköissä. Ensimmäinen malli sisältäisi tehtäväkohtaisen palkan, työkokemuslisän ja mahdollisen henkilökohtaisen palkanlisän lisäksi suoritepalkkausta sisältävän palkanosan. Suoritepalkkaus perustuisi sopimuksessa määriteltyihin vaativuusluokitteluihin. Toisessa mallissa palkan suuruus määräytyy ensisijaisesti tehtävän vaativuuden, työkokemuksen ja mahdollisen henkilökohtaisen palkanlisän perusteella. Myös tähän palkkamalliin

olisi mahdollista liittää työpaikkakokeiluja esimerkiksi erikoislääkäriryhmien suoritepalkkausmääräyksistä. Tarkoitus on siirtää lääkärisopimuksen henkilöstö näihin palkkamalleihin siten, että yksikkötasolla työnantaja valitsee suoritettavan työhön parhaiten soveltuvan mallin. (KT 2017 b, 23.)

Neuvottelut tulevaisuuden työehdoista KT:n ja Lääkäriliiton lääkäreiden ja hammaslääkäreiden osalta ovat kuitenkin vielä kesken. (KT 2017 b, 24) Myös neuvottelut muiden julkisen sosiaali- ja terveysalan palkansaajien palvelussuhteen ehdoista ovat tutkimushetkellä vielä kesken. Tutkimushetkellä on kunta-alan pääsopijajärjestöt ja KT ovat sopineet väliaikaisratkaisun, jossa kunnan, kuntayhtymän ja maakunnan osakeyhtiöön tai säätiöön sovelletaan työehtosopimuksia, jos henkilöstö on KT:n jäsenyhteisöksi liittyneen yhteisön palveluksessa. Sopimus on voimassa, kunnes kuntien ja maakuntien työnantajaedunvalvonnasta annetun lain mukaiset maakuntia ja yrityksiä koskevat työ- ja virkaehtosopimukset tulevat voimaan, kuitenkin enintään 21.12.2019 asti. Uudet sopimukset allekirjoitetaan, kun sote- ja maakuntauudistusta koskeva lainsäädäntö on eduskunta hyväksynyt. (KT 2017 a.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kuvaillaan tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät ja perustellaan niiden käyttö.

5.1 Tutkimusmenetelmät

Tämä opinnäytetyö on toteutettu laadullisen tutkimuksen ja tulevaisuuden tutkimuksen menetelmin. Haastattelut on toteutettu tulevaisuuden tutkimuksen delfoi-menetelmällä vapaamuotoisin teemahaastatteluin ja aineisto on analysoitu laadullisen tutkimusmenetelmän sisällönanalyysillä induktiivisella otteella.

5.1.1 Tulevaisuudentutkimus

Nykyaikaisen tulevaisuudentutkimuksen voidaan katsoa alkaneen 1950-luvulla, mutta tiedollinen pyrkimys hahmottaa tulevaisuutta, “tietää tulevasta”, on ilmeisesti ikivanha. Menetelmät ovat vaihdelleet ennustuksista monimutkaisiin matemaattisiin malleihin. Tulevaisuuden tutkimus ymmärretään osaksi futurologiaa. Futurologian taustalla on vahva aatteellinen ja utopistinen ohjelma. Tulevaisuus, johon se pyrkii, on oleva olemaan olennaisesti toisenlainen kuin menneisyys on ollut. (Malaska & Mannermaa 1985, 19, 42.)

Malaskan & Mannermaan (1985, 46) mukaan on Roy Amara kiteyttänyt tulevaisuuden tutkimuksen lähtökohdat seuraavasti: tulevaisuus ei ole ennakoitavissa, tulevaisuus ei ole ennaltamäärätty ja tulevaisuuteen voidaan vaikuttaa valinnoilla. Tulevaisuudentutkimusta onkin alusta lähtien siivittänyt indeterministinen ajatus, että tulevaisuus on edessämme yhä avoin, täynnä vaihtoehtoisia mahdollisuuksia, joista vain osa toteutuu (Kuusi 2002 a, 8). Tulevaisuus voi olla monenlainen riippuen siitä, millaiseksi ihmiset sen tekevät. Toisaalta tulevaisuus on jo olemassa, sillä voimme kuvitella sen, toisaalta taas ei, sillä se ei ole vielä tapahtunut. Tulevaisuutta voidaan kuitenkin pyrkiä ottamaan haltuun enemmän tai vähemmän luotettavilla tietoa antavilla menetelmillä. (Metsämuuronen 2003, 6, 216, 217.)

Tulevaisuudentutkimusta ja historiantutkimusta yhdistää sama tutkimuskohde; nykyisyys. Tulevaisuus syntyy nykyisyydestä; niistä valinnoista ja teoista, joita tehdään nykyhetkellä. Jotta voisi tietää, miten asiat voivat edetä tulevaisuudessa, tulee tietää ja ottaa huomioon mahdollisimman monia asiaankuuluvia seikkoja, jotka voivat olla niin fysikaalisia, psykologisia, sosiaalisia kuin taloudellisiakin. Yhteiskunnalliset ja ekologiset prosessit etenevät toisinaan epäennustettavasti, toisinaan ennustettavasti. Tulevaisuuden tutkimuksen yksi keskeinen tavoite onkin jäljittää vaikeasti ennustettavien prosessien hahmoja. (Kuusi 2002 a, 24 68; Malaska & Mannermaa 1985, 47; Metsämuuronen 1998, 7.)

Tulevaisuudentutkimuksen keskeisimpiä käsitteitä ovat mahdolliset maailmat, tulevaisuuspolut ja skenaariot sekä tulevaisuustaulu. *Tulevaisuuspolut* ovat mahdollisia tapahtumainkulkuja, jotka vievät kohti *mahdollisia maailmoja* ja ovat itsessään mahdollisten maailmojen oleellisia elementtejä. Tulevaisuuspolut ovat reittejä mahdollisten maailmantilojen välillä ja tarkoittavat yhtäältä niitä toimenpiteitä, joiden avulla maailmantilaan voidaan päästä ja toisaalta niitä reunaehtoja, jotka sinne siirtymistä ehdollistavat. Mahdolliset maailmat ovat mahdollisia asiaintiloja, jotka voivat periaatteessa jonkun toimijan toimenpiteillä olla saavutettavissa tai niistä huolimatta toteutua. Mahdolliset maailmat koostuvat erilaisista ominaisuuksista, ne ovat eri tavoin ja eri polkujen kautta saavutettavissa ja niiden arvoisällöt ja riskit vaihtelevat intresseistä riippuen. Niillä on myös eri aineelliset ja inhimilliset esiintymisen edellytykset, joista tiedetään enemmän tai vähemmän täsmällistä tulevaisuustietoa. Tulevaisuustaulua voidaan pitää tulevaisuudentutkijan perustyökaluna ja taulu soppikin hyvin vaihtoehtoisten tulevaisuuksien kuvaamiseen. (Kuusi 2002 a, 17, 25, 26, 27, 31, 32; Kuusi 2002 b, 123.)

Tulevaisuudentutkimuksen keskeisimpiä tehtäviä on erilaisten mahdollisten maailmojen ja niiden ehtojen kartoittaminen eli tutkiminen, millaisilla toimenpiteillä ja päätöksillä mahdollisiin maailmoihin voidaan pyrkiä nykyisyydestä käsin. Kolmas tärkeä käsite on tulevaisuustaulu, jonka avulla tulevaisuudentutkija pystyy kuvaamaan monimutkaisestikin etenevät tulevaisuuspolut. Sitä voi käyttää niin skenaarioiden esittämiseen, tulevaisuuden vaihtoehtojen löytämiseen kuin heikkojen signaalien tutkimiseen ja megatrendien ja globaalien megatrendien ana-

lysointiin. (Kuusi 2002 a, 17, 25, 26, 31; Kuusi 2002 b, 124; Metsämuuronen 1998, 7.)

Neljäs tärkeä avainkäsite tulevaisuuden tutkimuksessa on *skenaario*. Skenaario on yhden tulevaisuuspolun kuvaus. Se tarkoittaa erityisen merkittävää toteutettavissa olevaa mahdollista maailmaa eli sellaista reittiä ja maailmantiloja, joihin halutaan kiinnittää erityistä huomiota. Skenaario on loogisesti etenevä tapahtumasarja, joka voi olla joko haluttu ja toivottu mahdollinen maailma, erityisen ei-toivottu maailma, jota halutaan välttää tai todennäköinen maailma. Kuitenkin sellainen, joka pitää ottaa huomioon suunnatessa tulevaisuuteen. Skenaariot ovat skenaariotekniikalla luotuja hypoteettisia tapahtumakulkuja, jotka tutkija muodostaa kiinnittääkseen huomion tärkeisiin vaiheisiin ja kausaalisiin prosesseihin. Skenaarioluotaus sopii niin oman kuin yhteisen hyvänkin edistämiseen. (Kuusi 2002 a, 31, 32, Kuusi 2002 b, 120,121.)

Tulevaisuudentutkimuksessa tutkijalla on keskeinen rooli, sillä tulevaisuus ei hahmotu itsestään. Tutkijan on se hahmoteltava ja nähtävä ne tekijät, jotka ovat olennaisia näkemyksellisen tiedon tuottamiselle sekä annettava käsitteellinen asu sille, mikä on keskeistä. Tulevaisuudentutkijan on “taiteilijana” vastattava kysymykseen, mitä tulevaisuudessa voi tapahtua. Hänen on mielikuvituksensa avulla kyettävä hahmottamaan useita mahdollisia tulevaisuuksia, eikä hän tässä työssään ole sidottu mihinkään erityiseen metodiin. Hahmoteltavien tulevaisuuksien tulee kuitenkin perustua realistisella tavalla nykyhetkeen, toki myös mahdottomia tapahtumia voi tutkia/ennustaa. Tutkijan on esitettävä keinoja, seuraussuhteita tms. nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä. Tässä mielessä utopiat ja dystopiat eivät kuulu sen piiriin, koska niissä ei tarvitse olla realistista yhteyttä nykyhetken ja tulevaisuuden välillä. (Malaska & Mannermaa 1985, 16, 18, 48, 100.)

Tulevaisuuden tutkijan roolina on kartoittaa vaihtoehtoisten tulevaisuuksien todennäköisyyttä ja toivottavuutta valituista arvolähtökohdista käsin, tehdä valintoja ja tutkia valittuihin vaihtoehtoihin johtavien keinojen käyttöönottamista. Tavoitetilan ja ennustetun tilan välinen ero kuvaa sitä, mitä tulevaisuudentutkijan on saatava teoillaan aikaiseksi. (Kuusi 2002 a, 9; Kuusi 2002 b, 25).

Tulevaisuudentutkimuksen erityinen anti ja osaaminen liittyy tulevaisuuden tekemiseen, erilaisten polustojen artikulointiin ja jäljittämiseen. Tätä varten on kehitetty tulevaisuudentutkimuksessa joukko menetelmiä, joista eräs käytetyimmistä on Delfoi-menetelmä. (ks. Kuusi 2002 b, 100.)

Monet tulevaisuudentutkimuksen hyväksi havaitut menetelmät perustuvat asiantuntijamenettelyihin, jossa asiantuntijat pohtivat, millainen tulevaisuus saattaa olla. Keskeinen ongelma on määrittää, kuka täyttää ”riittävän asiantuntijuuden” kriteerit. (Metsämuuronen 1998, 7). Yksi eniten käytetyistä asiantuntijamenettelyistä on on delfoi-menetelmä. Delfoi-menetelmä on eräs näkemyksellisen tiedon tuottamiseen tulevaisuudentutkimuksen alalla kehitetty menetelmä (Kuusi 2002 b, 100). Menetelmä on asiantuntijoiden kannanottojen keruumenetelmä, jossa asiantuntijoita haastatteleamalla hyödynnetään asiantuntijoiden tietämystä, intuitiota ja havaitsemiskykyä tulevaisuuden kartoittamiseen (Metsämuuronen 2003, 240, 241; Kuusi 2002 b, 205). Sen eri versioita kutsutaan tulevaisuuden kartoittamisen menetelmiksi, joita eri asiantuntijat hahmottelevat tulevaisuusarvioita ja niiden perusteella tutkija pyrkii muodostamaan trendejä ja skenaarioita (Kuusi 2002 b, 212).

Delfoi-menetelmän kehitys lähti liikkeelle 1950-luvun alkupuolella USA:n ilmapvoimien tukemassa puolustustutkimuksessa ”Project Delphi”. Tutkimuksen alkuperäisenä tavoitteena oli saada luotettavin yksimielisyys asiantuntija joukon mielipiteistä. Tutkimuksessa kerättiin asiantuntijoiden mielipiteitä intensiivisillä kyselylomakkeilla ja saadut mielipiteet palautettiin asiantuntijoille kommentoitavaksi tutkijoiden kontrollin jälkeen ja tämän pohjalta muodostettiin luotettavin yksimielisyys. (Turoff & Linstone 2002.)

Hyvä Delfoi-tutkimus tuo haastateltujen asiantuntijoiden havaitsemat heikot signaalit ja kehittämistavoitteet suuremman joukon arvioitavaksi. Delfoi-menetelmän keskeisimmät ja muista asiantuntijamenetelmistä erottavat piirteet ovat anonymiteetti, useampi haastattelukierros ja palaute. Anonymiteetti tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että henkilöiden asema, taustaorganisaatio eikä mielipide tule sel-laisenaan kenenkään muun kuin tutkijan tietoon. Tärkeää juuri tämän tutkimuksen kannalta on, että asian esittäjä voi paljastaa luottamuksellistakin tietoa ja uskaltaa

ottaa kantaa epävarmaan ja laajaan aiheeseen ja muuttaa mielipidettään tarvittaessa ilman pelkoa kasvojen menetyksestä. (Kuusi 2002 b, 206, 219.) Delfoi-menetelmää sovelletaan tässä tutkimuksessa juuri siksi, koska asiantuntijoiden osaaminen ja tietotaito haluttiin saada esiin minkään vastauksia rajoittamatta.

Delfoi-menetelmä kulkee tiedonhankinnan osalta tässä tutkimuksessa Metsämuurosen (2003, 243) hahmotteleman kulkukaavion mukaisesti. Ensin rajataan aihe ja muotoillaan kyselylomake. Tämän jälkeen valitaan asiantuntijat ja suoritetaan ensimmäinen haastattelukierros. Haastattelujen jälkeen tutkija kokoaa vastaukset, tekee niistä yhteenvedon ja lähettää sen toiselle kierrokselle asiantuntijoille kommentoitavaksi. Toisen kierroksen jälkeen tutkija tulee jälleen kokoamaan tiedot.

Haastattelukierroksia on yleensä kaksi tai useampia. Kierrosten aikana asiantuntijoilla on mahdollisuus korjata kantojaan ja kommentoida tutkijan kokoamaan yhteenvedon ja heiltä on mahdollista pyytää lisäperusteita arvioistaan. (Kuusi 2002 b, 206.) Tässä tutkimuksessa haastattelukierroksia tulee olemaan kaksi, joista ensimmäinen kasvatusten tapahtuva syvähaastattelu ja toinen yhteenvedon jälkeen tehtävä sähköpostikysely. Näiden kahden kierroksen jälkeen tutkija analysoi aineiston sekä tekee opinnäytetyöhön pohdinnan ja esittää mahdolliset jatkotutkimusaiheet. Toisin kuin Metsämuurosen kulkukaaviossa (2003, 243), tässä tutkimuksessa ei tavoitella asiantuntijoiden yksimielisyyttä, kuten ei nykyään aina tehdä, varsinkaan argumentoivaa Delfoi-menetelmää käytettäessä, vaan useita mahdollisia maailmoja, skenaarioita ja megatrendejä (Kuusi 2002 b, 210).

Megatrendien tunnistaminen ja määrittely on tärkeää, koska niiden puutteellinen määrittely omaa riskin yli- tai alimäärittellä lähtökohdan mikä automaattisesti laittaa meidät väärään kohtaan heti alussa. Konsulttiyhtiö Frost & Sullivan määrittelee megatrendit kirjassaan globaaleiksi, kestäviksi ja makrotaloudellisiksi kehityksen voimiksi, jotka vaikuttavat niin liiketoimintaan, talouteen, yhteiskuntaan, kulttuuriin ja henkilökohtaiseen elämäämme määrittäen siten tulevaisuuden maailmamme ja sen lisääntyvän muutosvauhdin. (Frost & Sullivan 2012, 3-4.)

Delfoi-menetelmän käyttämisessä on tärkeää kiinnittää huomiota niin kysymysten asetteluun kuin asiantuntijapaneelin jäsenten valintaan, jossa ratkaisevaa on laatu, ei määrä (Kuusi 2002 b, 216).

5.1.2 Laadullinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö päätettiin toteuttaa laadullisella tutkimusotteella, sillä tutkija näki sen parhaiten soveltuvan tämän tutkimuksen luonteeseen ja aiheeseen sekä kykenevän tuomaan parhaiten vastauksen tutkimusongelmiin (ks. Hirsjärvi ym. 1986, 55; Alasuutari 2014, 38).

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ottamaan tutkimuksen kohteeksi ilmiö, jonka suhteen yleistäminen ei ole ongelma. Ilmiön olemassaolon todistaminen tai paljastaminen ei ole tällöin olennaista vaan pyrkimys tehdä ilmiö ymmärrettäväksi. (Alasuutari 2011, 237.) Tässä tutkimuksessa ei pyritty todistamaan sosiaali- ja terveysalan työehtoja ja niiden tulevaisuuden skenaarioita vaan haluttiin kyetä selittämään skenaariot ja niihin johtavat kehityskulut sekä tehdä ilmiö ja siihen vaikuttavat tekijät ymmärrettäväksi.

Delfoi-menetelmällä toteutetun teemahaastattelun ja kommenttikierroksen avulla saadun aineiston sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti induktiivisella otteella. Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Analyysi koostuu kahdesta vaiheesta; havaintojen pelkistämisestä ja havaintojen ratkaisemisesta, jotka nivoutuvat toisiinsa. Erilaiset ja poikkeavat tapaukset suhteutetaan kokonaisuuteen. (Alasuutari 2011, 38, 39, 41; Grönfors 2011, 15.)

Kaikki luotettavina pidetyt seikat ja selvittävään mysteeriiin kuuluvat seikat tulee kyetä selvittämään siten, että ne eivät ole ristiriidassa tehdyn tulkinnan kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa arvoituksen ratkaiseminen merkitsee käytettävissä olevien vihjeiden ja tuotettujen johtolankojen pohjalta tutkittavasta ilmiöstä tehtävää merkitystulkintaa ja näin kokonaisuudesta muodostettavaa kuvaa Tärkeintä laadullisessa tutkimuksessa on paikallinen selittäminen eli selitysmallin tulee perustua mahdollisimman hyvin sen perustana olevaan empiriseen aineistoon. (Alasuutari 2011, 38, 44, 237, 243.)

5.2 Aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruuseen käytettiin Delfoi-menetelmää, koska haluttiin kerätä näkemyksellistä tietoa sosiaali- ja terveysalan työehtojen asiantuntijoilta.

Tutkimukseen haastateltiin testihaastateltavat mukaan lukien yhteensä 12 sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen asiantuntijaa. Tutkimusaineisto hankittiin vapaamuotoisin teemahaastatteluin. Ensimmäisen kierroksen haastattelukysymykset (LIITE 2) testattiin kasvokkain tapahtunein testihaastatteluin kesä-heinäkuun 2016 aikana kahdella sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen parissa pitkään ammatikseen toimineella henkilöllä. Testihaastatteluiden perusteella haastattelukysymykset sekä haastattelumetodi todettiin relevanteiksi eikä niitä muutettu mitenkään varsinaisiin haastatteluihin, joten testihaastattelut päätettiin sisällyttää sellaisenaan tutkimukseen ja testihaastateltavilta pyytää kommentit toiselle kierrokselle kuten varsinaisilta haastateltaviltakin.

Testihaastateltuja ja heidän vastauksiaan on käsitelty samana ryhmänä muiden haastateltavien kanssa sekä ensimmäisellä haastattelukierroksella että toisen kierroksen kommenttivaiheessa kuin myös analysointivaiheissa eikä heidän vastauksiaan erotella tässä opinnäytetyössä mitenkään muiden haastateltavien vastauksista.

Haastateltavien valintaan kiinnitettiin erityistä huomiota, kuten tulevaisuuden tutkimuksen Delfoi-menetelmää käytettäessä kuuluu. Haastateltavat valittiin siten, että he edustavat kaikkia suurimpia julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdoista neuvottelevia palkansaaja- ja työnantajajärjestöjä. Näin ollen haastateltavat asiantuntijat valittiin palkansaajajärjestö Julkisten ja Hyvinvointialojen liitto JHL:stä, Julkis- ja yksityisalojen liitto Jytystä, Lääkäriliitosta, Lähi- ja perushoitajaliitto Superista, Talentiasta, Tehystä, Terveystieteiden liitosta sekä työnantajajärjestö KT Kuntatyönantajista (ks. Taulukko 1).

Taulukko 1 Haastateltavien asiantuntijoiden edustamat työmarkkinajärjestöt

Työmarkkinajärjestö	Haastateltavien määrä	Jäsenmäärä	Julkisen sektorin sosiaali- ja terveysalan edustettavat	Neuvottelujärjestö
Julkisten ja hyvinvointialojen liitto JHL	2 + 2 testi-haastateltavaa	220 000	Edustaa kuntien ja valtion henkilöstöä, mm. lähihoitajat, sosionomit, henkilökohtaiset avustajat	Kunta-alan unioni
Julkis- ja yksityisalojen toimihenkilöliitto Jyty	1	55 000	Edustaa kuntien ja valtion henkilöstöä, isoja ryhmiä mm. laitoshuoltajat ja osastonsihteerit	Kunta-alan unioni
Lääkäriliitto	1	26 000	Neuvottelee kuntien terveyskeskus- ja sairaalalääkärien lääkärisopimuksen, edustaa lääkäreitä valtiosektorilla	JUKO
Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer	1	90 000	Edustaa sosiaali- ja terveysalan koulutettua henkilöstöä, suurin ryhmä lähihoitajat	KoHo
Talentia	1	24 500	Edustaa sosiaalialan korkeasti koulutettua henkilöstöä, suurimmat ryhmät sosiaalityöntekijät ja sosionomit	JUKO
Tehy	2	160 000	Edustaa sosiaali- ja terveysalan koulutettua henkilöstöä, suurin ammattiryhmä sairaanhoitajat	KoHo
Terveydenhoitajaliitto STHL	1	7 500	Edustaa terveydenhoitajia ja audionomeja	JUKO
Kuntatyönantajat KT	1	421 000	Kunta-alan työnantajajärjestö ja työmarkkinakeskusjärjestö. Neuvottelee kunnallista henkilöstöä koskevat valtakunnalliset virka- ja työehtosopimukset. Edustaa kuntatyönantajia valtakunnallisissa työmarkkinaneuvotteluissa sekä kolmkantayhteistyössä	KT

Taulukkoon on lueteltu työmarkkinajärjestöt, joista haastateltavat valittiin. Taulukkoon on kuvattu jokaisen työmarkkinajärjestön tähän tutkimukseen haastateltujen asiantuntijoiden lukumäärä, jäsenmäärä, edustettavat henkilöt sekä neuvottelujärjestö, jonka kautta työmarkkinajärjestö vaikuttaa julkisen alan palvelussuhteen ehtojen neuvottelujärjestelmässä.

Näiden palkansaaja- ja työnantajajärjestöjen haastateltavat asiantuntijat valittiin siten, että heillä olisi vankka kokemus sosiaali- ja terveysalan työehdoista sekä tieto tämän hetken tilanteesta ja näkemys työehtojen toivottavista, ei-toivottavista ja todennäköisistä kehityssuunnista. Näin ollen haastateltavat olivat kukin oman järjestönsä sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdoista neuvottelemisesta vastaavia tai niitä tiiviisti järjestön sisällä tutkineita henkilöitä. Kaikista tutkimukseen alun perin valikoiduista vain yksi henkilö jouduttiin vaihtamaan tavoitettavuusongelmista johtuen. Kaikki muut 11 haastateltavaa olivat alkuperäislistan mukaisia. Kaikista haastateltavista 4 oli miehiä ja 8 naisia. Sukupuolta ei pidetty valintakriteerinä asiantuntijoita valittaessa. Ikää, ammattia tai muita taustatietoja ei tutkimuksessa kysytty, koska niitä ei pidetty analysoinnin, tutkimustulosten tai luotettavuuden kannalta relevantteina.

Tutkimukseen haastateltiin myös kuntatyönantajajärjestön edustajaa. Tällä haluttiin saada työnantajajärjestön näkökulma toivottavista ja ei-toivottavista palvelussuhteen ehtojen kehittymisistä sekä näkemys todennäköisistä palvelussuhteen ehtojen kehityskuluista ja näihin vaikuttavista tekijöistä. KT:n asiantuntijan vastaukset on sisällytetty täysimääräisinä kaikkiin muihin osioihin lukuun ottamatta palkansaajien mukaisia toivottavia (6.2.1) ja ei-toivottavia (6.2.2) palvelussuhteen ehtojen kehityskulkuja. Näihin KT:n edustajan vastauksia ei ole sisällytetty, koska niissä haluttiin kuvata nimenomaisesti palkansaajien toivottavia ja ei-toivottavia palvelussuhteen ehtojen kehityskulkuja. Työnantajajärjestön edustajan näkemyksiä toivottavista ja ei-toivottavista kehityskuluista on sisällytetty muuhun tutkimukseen.

Kaikille asiantuntijoille lähetettiin sähköpostitse haastattelupyyntö (LIITE 1). Kasvokkain tapahtuneista haastatteluista sovittiin sähköpostitse tai puhelimitse heinä-elokuun aikana ja puhelinhaastattelusta syyskuun 2016 aikana. Ensimmäisen kierroksen haastatteluista 9 kerättiin heinä-elokuun 2016 aikana kasvotusten haastatellen ja yksi haastattelu puhelinhaastatteluna syyskuussa 2016.

Toisen kierroksen eli kommenttikierroksen aineisto kerättiin sekä sähköpostitse että puhelimitse huhti-toukokuussa 2017. Tutkija lähetti sähköpostitse kommenttipyyntöns ensimmäisen kierroksen analyysistä maaliskuussa 2016 (LIITE 3; LIITE 4). Ensimmäisen kierroksen analyysia kommentoi 10 alkuperäistä haastateltavaa 12. Heistä puhelimitse kommentoi 5 ja sähköpostitse 5 toisen kierroksen vastausprosentin ollessa näin 83%.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkija toimi tutkimuksen keskeisimmässä vaiheessa (Hirsjärvi ym. 1986, 53) aineistoa analysoidessaan TENK:n eettisten ohjeiden mukaisesti ja hyvään tieteelliseen tapaan kuuluvia toimintatapoja noudattaen (TENK 2012, 4).

Kesän 2016 aikana kerätty tutkimusaineisto raakamuodossaan eli haastattelut äänitiedostoina koodattiin siten, että jokaiselle haastatellulle annettiin oma koodi ja vain tutkija tiesi, kuka koodin takana on (Ronkainen ym. 2011, 118).

Haastatteluin tuotetun äänitiedostoaineiston tutkija litteroi itse muutamien viikkojen kuluessa kunkin haastattelun jälkeen heinä-syyskuussa 2016. Tutkija dokumentoi haastattelut ja kirjasi ne tarkasti. Haastattelut litteroitiin huolellisesti ja sanatarkasti ja samalla litterointitavalla alusta loppuun. Vuorovaikutuksen muita piirteitä tai piilosisältöjä ei analysoitu. Tutkija katsoi puhutun sisällön analysoinnin olevan riittävä, koska aineisto teemoiteltiin ja luokiteltiin vain puheessa käytettyjen ilmausten perusteella. (Ronkainen ym. 2011, 119.)

Tutkija analysoi itse laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysin menetelmää käyttäen ensimmäisen kierroksen aineiston. Haastatteluaineistosta värikoodattiin vaikuttavat, toivottavat, ei-toivottavat ja todennäköiset. Värikoodatut osiot yhdisteltiin ja tiivistettiin. Haastatteluaineisto on käyty myös läpi haastattelukokonaisuuksina tulevaisuuspolkujen hahmottamiseksi, sillä palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavat tekijät vaikuttavat monimutkaisten vaiheiden ja kerrosten kautta.

Tutkija pelkisti havainnot, yhdisteli ne (Alasuutari 2014, 40) ja muodosti niiden avulla tulevaisuuspolkuja, jotka vievät mahdollisiin maailmoihin ja niistä skenaarioita (Kuusi 2002 b, 124). Näyte teemoitteluperusteista on liitteenä (LIITE 4).

Ensimmäisen kierroksen analyysin pohjalta tutkija teki lyhyen yleiskuvauksen haastatteluissa esiin nousseista skenaarioiden sisällöistä sekä tutkijan arvion mukaan keskeisistä ja tärkeistä teemoista, joista haastateltavat joko olivat olleet eri mieltä tai jotka eivät olleet nousseet kaikissa haastatteluissa esiin. Tutkija halusi varmistaa näiden näkökohtien ja vaikuttavien tekijöiden yleistettävyyden sekä sen, olivatko ne relevantteja edelleen. Tutkija lähetti tämän yhteenvedon ja kysymykset haastateltaville kommentoitavaksi sähköpostitse maaliskuussa 2017. Tämän toisen Delfoi-kierroksen kommenttien jälkeen tutkija analysoi saadut aineistot sisällönanalyysimenetelmällä aineistolähtöisesti induktiivisella otteella, sillä se soveltuu parhaiten tähän tutkimukseen ja tuo tutkijan mukaan parhaiten vastauksen tutkimusongelmiin. (Alasuutari 2014, 38; Hirsjärvi ym. 1986, 55; Grönfors 2011, 15.)

Litteroitua haastatteluaineistoa kertyi ensimmäiseltä kierrokselta rivivälin ollessa 1,5, marginaalin 0, fonttikoon 12, fonttityypin Times New Roman yhteensä 269 sivua. Haastatteluaineiston luokitteluperusteista on annettu näyte (LIITE 5).

Puhelimitse saadut haastattelut nauhoitettiin, koodattiin ja säilytettiin kuten ensimmäiselläkin kierroksella. Tutkimuksen kommenttikierroksen aineistoa kertyi kierrokselta rivivälin ollessa 1,5, marginaalin 0, fonttikoon 12, fonttityypin Times New Roman yhteensä 18 sivua. Tutkija pelkisti molempien kierroksien havainnot ja yhdisti ne induktiivisella otteella sekä muodosti niiden avulla tulevaisuuspolkuja, jotka veivät mahdollisiin maailmoihin ja niistä skenaarioita sekä tulevaisuus- tauluja (Alasuutari 2014, 40; Grönfors 2011, 15; Kuusi 2002 b, 123).

5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa noudatettiin Opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan (jatkossa TENK) laatimaa tutkimuseettistä Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa – ohjeistusta (HTK-ohje). Tutkija noudatti hyvään tieteelliseen tapaan kuuluvia toimintatapoja ja toimi tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti pyrkien rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen niin opinnäytetyön suunnittelussa, toteutuksessa kuin tulosten raportointivaiheessakin ottaen huomioon kaikki näkökannat ja luoden skenaarioita mitään tärkeää pois jättämättä (TENK 2012, 1, 4, 6).

Tutkija pyrki kaikin keinoin toimimaan niin, ettei harjoittanut vilppiä tieteellisessä toiminnassa. Toisin sanoen ei sepittänyt havaintoja eikä tuloksia, ei vääristellyt havaintoja eikä myöskään plagioinut tai anastanut toisen henkilön tutkimustuloksia, -ideoita, -suunnitelmia, -havaintoja eikä -aineistoa. Tutkimuksessa sovellettiin eettisesti kestäviä ja tieteellisten tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat kokonaisuudessaan sellaisia, että ne täyttävät tieteellisen tutkimuksen kriteerit ja olivat eettisesti kestäviä (TENK 2012, 6, 8).

Tutkimukselle ei haettu erityisiä tutkimuslupia, sillä kaikki haastateltavat olivat siinä asemassa, että pystyivät itse päättämään haastattelun antamisesta. Haastateltaville kerrottiin sähköpostitse tutkimuksen tarkoitus ja aihe, haastatteluteemat, mitä tutkimukseen haastattelun toteutettavan vapamuotoisena teemahaastatteluna sekä mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa ja paljonko aikaa osallistuminen heiltä vie ja muistutettiin, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää koska vain. (TENK 2012, 6; TENK 2009, 4, 6.)

Tutkija otti huomioon tietosuojakysymykset tutkimuksen jokaisessa kohdassa. Haastateltavien henkilöllisyys tai taustaorganisaatio ei tule muiden kuin tutkijan tietoon. Opinnäytetyöhön ei valittu sitaatteja eikä vastauksista voi suoraan tunnistaa asiantuntijaa eikä tämän taustaorganisaatiota. Haastatteluaineisto säilytettiin siten, että yksityisyydensuoja ei vaarantunut. Äänitiedostot säilytettiin huolellisesti ensin tutkijat iPad-laitteella salasanan takana, josta ne siirrettiin tutkijan kodin tietokoneelle ja poistettiin samalla iPad-laitteistosta. Äänitiedostot ja litteroitu aineisto säilytettiin tutkijan tietokoneella salasanan takana. (TENK 2012, 6, 7; TENK 2009, 9.) Vain tiivistetyt opinnäytetyöhön kirjoitetut analyysit, kuvio ja taulukko on käyty yhdessä muutaman tutkimuksen ulkopuolisen asiantuntijan kanssa lävitse.

Haastattelut nauhoitettiin äänitiedostoiksi kokonaisuudessaan tutkijan iPad-laitteelle. Äänitiedostot säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin siten, etteivät ulkopuoliset päässeet lukemaan tai kuuntelemaan niitä. Äänitiedostot hävitettiin litteroinnin jälkeen eli siinä vaiheessa, kun haastattelut pystyttiin analysoimaan ilman suoria tunnisteita. Litteroidut aineistot tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. (TENK 2012, 6, 7; TENK 2009, 9.)

Tutkimuseettiseltä neuvottelukunnalta ei haettu eettistä ennakoarviointia, sillä tutkimukseen ja kasvokkain ja sähköpostitse tapahtuvien aikuisten, täysivaltaisten, työkykyisten ja tasa-arvoisessa asemassa olevien sosiaali- ja terveysalan asiantuntijoiden haastattelujen ei katsota todennäköisesti aiheuttavan sellaista haittaa, että ennakoarvio olisi syytä tehdä. Vaikka kyse on ihmis- ja yhteiskuntatieteistä, tutkimuksen teon aikana ei puututtu ihmisten fyysiseen koskemattomuuteen, ei poi-

kettu tietoon perustuvan suostumuksen periaatteesta, ei tutkittu alaikäisiä, ei esitetty voimakkaita ärsykeitä eikä ollut nähtävillä riskiä, että tutkimus aiheuttaisi pitkäaikaista henkistä haittaa tai turvallisuusuhkaa. Tutkimusta ei ole tarkoitettu julkaista sellaisessa tiedelehdessä, joka ennakoarviota edellyttäisi. Tutkimuksessa pyrittiin edellä mainittujen lisäksi joka tapauksessa välttämään henkisten, taloudellisten ja sosiaalisten haittojen syntyä. (TENK 2012, 6; TENK 2009, 2, 8.)

Tutkija otti huomioon haastatteluita tehdessään ja tuloksia analysoidessaan, että on pitkän linjan ammattiyhdistysaktiivi JHL:ssä, Operaatio Vakiduuni-aktiivi ja toimii myös keskusjärjestö SAK:ssa ja erilaisissa luottamustehtävissä sekä kunnallisessa ja poliittisessa järjestössä. Tämä on vaikuttanut aiheen ja näkökulman valintaan sekä saattanut vaikuttaa tutkimuskysymysten asetteluun ja aineiston analysointiin. Näiden tekijöiden vaikutus on pyritty minimoimaan ja tutkija pyrkii objektiivisuuteen ja tieteellisiin ja eettisesti perusteltuihin (TENK 2012, 1) toimintatapoihin erityisen huolellisesti aineiston analysointi- ja raportointivaiheessa. Tutkimuksen luotettavuutta onkin vahvistettu mm. kommenttikierroksella, jossa tutkijan ensimmäisen kierroksen analyysin keskeisistä yhtenäisistä ja toisaalta eri mielisyyttä aiheuttavista palvelussuhteen ehdoista ja niihin vaikuttavista tekijöistä on pyydetty kaikilta haastateltavilta kommentit.

Tutkimuksessa käytettiin Delfoi-menetelmää ja pyydettiin kommentteja kaikilta haastateltavilta ensimmäisen kierroksen koonnin jälkeen. Olisi voinut olla hyvä pyytää kommenttia vielä kolmannen kerran tai vaihtoehtoisesti lähettää koko ensimmäisen kierroksen analyysi kommentoitavaksi nyt tärkeimpiä ja toisaalta kiintoisimpien työehtoihin liittyvien seikkojen sijaan. Aikataulullisista sekä tutkimussuunnitelmallisista syistä johtuen kierroksia oli kuitenkin vain kaksi. Tämän vuoksi osa unelmista, dystopioista ja todennäköisistä skenaarioista ei ole kaikkien haastateltavien yhteisiä.

Lisäksi haastatteluihin oli varattu aikaa vain tunti ja vaikka se joillain ylittyi, jollain alittui, ei koko palvelussuhteen ehtojen laajaa ja moniulotteista kenttää ja tulevaisuuden kuvia ollut siinä ajassa eikä vielä kommenttikierroksellakaan mahdollista täysin avata. Tutkimukseen haastateltiin työmarkkinajärjestöjen edustajia,

koska haluttiin tietää palkansaaajien toivottavia ja ei-toivottavia kehityskulkuja sekä mitä pidetään todennäköisenä. Erityisesti todennäköisien kehityskulkujen osalta luotettavampaan tulokseen olisi saatettu päästä haastatteleamalla lisäksi tutkimuslaitosten työn ja palvelussuhteen ehtojen tutkijoita ja virkamiehiä. Edellä mainitun vuoksi sekä niin unelmista, dystopioista kuin todennäköisestäkkin skenaariosista sekä niihin vievistä tulevaisuuspoluistakin saattaa puuttua jotain olennaista tietoa tai näkemystä, jonka vuoksi kyseiset skenaariot eivät toteudu.

Tämä opinnäytetyö oli tutkijan ensimmäinen ylemmän asteen tutkimus, ensimmäinen haastattelututkimus ja ensimmäinen tulevaisuudentutkimus. Tämä on saattanut vaikuttaa tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen. Riskit pyrittiin minimoimaan mm. TENK:n (TENK 2012) ohjeita noudattamalla ja eettisyyttä koko prosessin ajan tarkastellen. Tutkija pyrki ottamaan huomioon myös omat uskomuksensa tiettyihin paradigmoihin ym. mm. Malaskan & Mannermaa (1985, 13) esiin nostaman seikan, että tieteen historia on osoittanut, että tutkijaryhmä, joka uskoo tiettyyn paradigmaan, jättää selvät tosiasiatkin huomiotta.

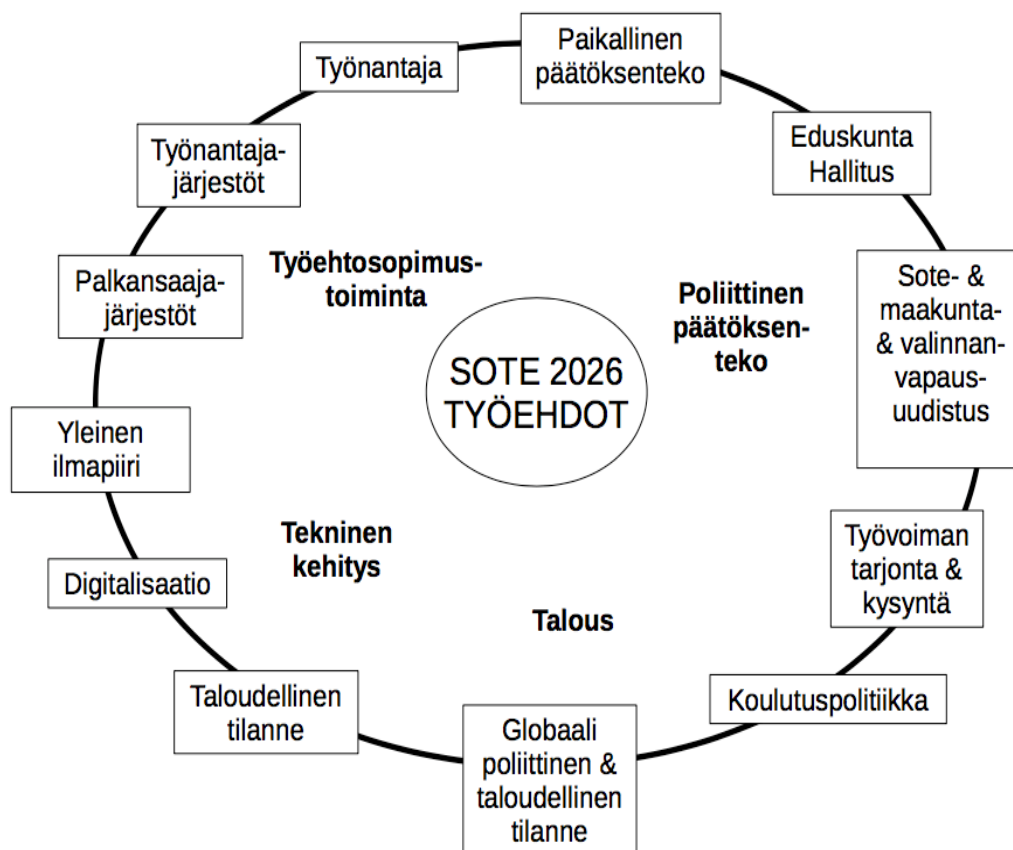
Tulevien tapahtumien ennustamisen periaatteellinen pulmallisuus on siinä, että itse paradigmaa eli lait, joiden perusteella tulevaisuutta ennustetaan, ei ole. Ne ennustetaan. Tutkija on ottanut huomioon, että on saattanut aivan oikein identifioida ne tekijät, jotka tässä tilanteessa ovat olennaisia ja on saattanut oikein ennustaa näiden tekijöiden muuttumisen, mutta jostain syystä nämä tekijät eivät olekaan tulevaisuudessa enää relevantteja, jolloin niistä muodostetut skenaariot ovat vailla mielenkiintoa, vaikkakin teknisesti ottaen oikeita. Muiden kuin jo olemassa olevien vaikuttavien seikkojen näkemistä tulevaisuuden tutkijalta ei kuitenkaan voi vaatia, sillä hän ei voi, paitsi näkyinä, nähdä asioita, joita ei vielä ole olemassa. (Malaska & Mannermaa 1985, 13, 14, 16, 17, 18.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään asiantuntijoiden haastatteluista kerätystä aineistosta saadut tutkimustulokset tutkimuskysymyksistä johdettujen teemojen kautta. Ensimmäiseksi esitellään palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavat tekijät ja toiseksi toivottavat, ei-toivottavat ja todennäköiset skenaariot. Näiden jälkeen esitellään keinot, joilla päästäisiin palkansaajien kannalta parhaisiin palvelussuhteen ehtoihin tulevaisuudessa.

6.1 Palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavat tekijät

Haastateltujen asiantuntijoiden käsityksistä sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden palvelussuhteen ehtoihin vuonna 2026 vaikuttavista tekijöistä muodostettiin sisälön analyysillä alla oleva kuva (Kuva 1).



Kuva 1. Sosiaali- ja terveysalan työehtoihin vaikuttavat tekijät vuonna 2026

Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavat haastateltujen asiantuntijoiden mukaan laajasti niin globaalit kuin kansallisetkin tekijät. Analyysin pohjalta muotoutui neljä isoa vaikuttavuuskokonaisuutta, jotka ovat työehtosopimustoiminta, poliittinen päätöksenteko, talous sekä tekninen kehitys. Kaikki kuvan vaikuttavat tekijät nähtiin merkittävinä.

6.1.1 Työehtosopimustoiminta

Kaikkein eniten sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin on perinteisesti vaikuttanut asiantuntijoiden mukaan työehtosopimustoiminta ja sen merkityksen arvioitiin pysyvän suurena myös jatkossa. Sekä palkansaaja- että työnantajajärjestöjen rooli nähtiin merkittävänä tulevaisuuden palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavana tekijänä. Valtakunnallisista työnantajajärjestöistä KT:n merkitys arvioitiin pysyvän samana sen saadessa neuvotteluoikeudet maakuntaan, mutta toisaalta heikentyvän sikäli, että valinnanvapauden myötä merkittävä osa eli noin puolet tutkimushetkellä kunnallisella sosiaali- ja terveysalalla työskentelevistä arvioitiin sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen myötä työskentelevän yksityisellä sosiaali- ja terveysalalla. Tämän vuoksi tulevaisuudessa KT:n lisäksi merkittävänä työsuhteen ehdoista neuvottelevana työnantajajärjestönä nähtiin tutkimushetkellä yksityisellä sosiaali- ja terveysalalla työsuhteen ehdoista neuvotteleva HALI.

Palkansaajajärjestöjen merkitystä palvelussuhteen ehtoihin vaikuttajana pidettiin suurena myös tulevaisuudessa. Osa haastateltavista arvioi palkansaajajärjestöjen keskinäisen suhteen pysyvän tutkimushetken kaltaisena kymmenen vuoden aikajänteellä. Osa taas arvioi, että erityisesti tutkimushetkellä koulutettua sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä edustavien palkansaajajärjestöjen rooli tulee tulevaisuudessa kasvamaan suhteessa muihin tutkimushetkellä sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdoista neuvotteleviin palkansaajajärjestöihin. Yleisesti palkansaajajärjestöjen vaikuttavuuden nähtiin riippuvan niin palkansaajajärjestöjen kokonaismäärästä ja järjestäytymisasteen kehityksestä kuin henkilökunnan, jäsenistön, aktiivien ja luottamustehtäviin valittujen tahtotilasta. Uudelleenorganisointumiskyky sekä kyky luoda liittorakenne kaikille työpaikoille nähtiin merkityksellisenä palkansaajajärjestöjen vaikuttavuudelle.

Työnantaja- ja palkansaajajärjestöjen ja keskusjärjestöjen yhteistyökyky ja -halu nähtiin merkittävänä työpaikkojen turvaamisen kannalta ja palvelusuhteen ehtoihin vaikuttavana tekijänä. Keskusjärjestöjen rooli nähtiin tulevaisuudessa olevan kuitenkin merkittävästi aiempaa pienempi, koska EK on muuttanut sääntöjään niin, että se ei enää neuvottele kolmikantaisia tai keskustason sopimuksia. EK:n neuvottelupöytään palaamiseen ei asiantuntijoiden keskuudessa lyhyellä tähtämällä uskottu. Tästäkään syystä tutkimushetkellä niin kutsutun Suomen mallin, jossa vientisektori määritteli palkankorotusten tason, vaikutusta ei pidetty suurena. Toteutuessaan malli kuitenkin vaikuttaisi myös tällä hetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien palvelussuhteen ehtoihin ja ehtojen määrittelijöiden suhteelliseen vaikuttavuuteen.

Työnantajan rooli sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen määrittäjänä nähtiin kasvavan tulevaisuudessa, sillä paikallisen sopimisen uskottiin lisääntyvän merkittävästi. Kuntien rooli sosiaali- ja terveysalan henkilöstön työnantajana ja työskentelevien palvelussuhteen ehtoihin vaikuttajana nähtiin poistuvan kokonaan sosiaali- ja terveysalan töiden ja työ- ja virkasuhteessa olevien siirtyessä pois kunnilta sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen myötä. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tutkimushetkellä kunnallisen sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden työnantajuus tulee tulevaisuudessa jakaantumaan puoliksi maakuntakonserneille eli maakunnallisille liikelaitoksille ja yhtiöille ja puoliksi suuryrityksillä ja yksinyrittäjille. Suurten kansallisten ja erityisesti monikansallisten yritysten vaikuttavuuden nähtiin merkittävästi kasvavan ja maakunnasta tulevan sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen myötä uusi iso palvelussuhteen merkittävä vaikuttava tekijä ja palvelussuhteen ehtojen sopimisen taso.

Sote- ja maakuntauudistuksen ja eritoten valinnanvapauslain toimeenpanon sekä sote-keskusten laajuisen palveluntarjoamisvelvoitteen ulottaminen kaikkia toimijoita velvoittavaksi arvioitiin hankaloittavan merkittävästi pienten ja keskisuurten yritysten ja kolmannen sektorin toimintaa sosiaali- ja terveysalalla. Tämän vuoksi niiden vaikuttavuus palvelussuhteen ehtoihin nähtiin olevan tulevaisuudessa pieni. Jäljelle jäävillä pienillä tai keskisuurilla yrityksillä tai kolmannen sektorin toimi-

joilla nähtiin kuitenkin olevan samalla tavoin merkityksellinen rooli paikallisen tason sopimuksia solmittaessa kuin suuryrityksilläkin ja maakunnilla.

Niin lähiesimiestason kuin sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen johtamisen, organisointi- viestintä- ja motivointikyvyn, tahtotilan ja henkilöstön arvostuksen nähtiin olevan merkittäviä sosiaali- ja terveysalan työelämän ja palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavia. Myös yleisen arvostuksen sosiaali- ja terveysalan henkilöstöä kohtaan sekä yleisen yhteiskunnallisen ja poliittisen ilmapiirin nähtiin vaikuttavan jonkin verran palvelussuhteen ehtoihin ja henkilöstön ja palkansaaja-järjestöjen mahdollisuuteen vaikuttaa niihin. Osassa haastatteluita tuotiin esiin sosiaali- ja terveysalan naisvaltaisuus, alalle hakeutuvan henkilöstön vaikuttimet sekä työn luonne palvelussuhteen ehtojen vaikuttavina tekijöinä, sillä niiden arvioitiin vaikuttavan heikentävästi mm. haluun ja mahdollisuuksiin osallistua työtaistelutoimenpiteisiin.

6.1.2 Poliittinen päätöksenteko

Poliittisen päätöksenteon arvioitiin olevan työehtosopimustoiminnan ohella toinen merkittävä vaikuttava kokonaisuus tutkimushetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien palvelussuhteen ehtojen muodostumisessa myös tulevaisuudessa. Poliittiseen päätöksentekoon tulee vaikuttamaan olennaisilta osin poliittiset voimasuhteet niin valtakunnan tasolla kuin maakunta- ja paikallistasollakin. Useat tutkimukseen haastatellut asiantuntijat näkivät merkityksellisenä perinteisten työväenpuolueiden osuuden ja perinteisten oikeistopuolueiden välisen valtasuhteen eduskunnassa, hallituksessa kuin myös maakuntavaltuuston kokoonpanossa. Kunnanvaltuustoa eikä sen kokoonpano pidetty merkittävänä tekijänä enää kymmenen vuoden kuluttua sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen toteutumisen myötä.

Eduskunta valmistelee ja säätää kaiken lainsäädännön Suomessa myös tulevaisuudessa. Lainsäädännön nähtiin vaikuttavan asiantuntijoiden mukaan varsin laajasti sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin. Suoraan työehtosopimusjärjestelmään, työ- ja virkaehtosopimuksiin ja työsopimuksiin vaikuttavat lait, kuten työsuojelulainsäädäntö, työttömyysturvalaki ja tutkimushetkellä uudistettavana

oleva työaikalaki tulevat olemaan keskeisessä asemassa palvelussuhteen ehtojen määrittäjänä.

Erityisesti sosiaali- ja terveysalan ja maakunnallisista asioista vastaavien ministeriöiden ja ministerien tahtotila, rooli ja strateginen ote nähtiin vaikuttavan niin lainsäädäntöön kuin maakunnille annettavaan ohjeistukseen. Niiden arvioitiin vaikuttavan maakuntien liikkumavaraan ja erilaisten ratkaisujen tekemiseen budjettikurin kautta, joka näin vaikuttaa palvelussuhteen ehdoista erityisesti palkkatasoon, resursointiin ja henkilöstön vaikutusmahdollisuuksiin. Myös poliittisin päätöksin valmistettava ja resursoitava sosiaali- ja terveysalan valvonta, joista mainittiin mm. aluehallintovirasto (Avi), STM ja Työterveyslaitos sekä kokonaisuudessaan että työehtojen osalta nähtiin palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavana tekijänä.

Eduskunnan sosiaali- ja terveysalan koulutuspoliittista näkemystä ja kykyä uudistaa kauaskantoisesti ja purkaa siten ammattien välisiä hierarkioita ja normeja nähtiin olevan myös merkittävä palvelussuhteen ehtoihin vaikuttava tekijä tulevaisuudessa. Hierarkia ei selkeä tutkimushetkelläkään ja sen nähtiin olevan murroksessa. Näiden nähtiin vaikuttavan työnkuviin, alalle tulevan henkilöstön määrään ja osaamistasoon ja sitä kautta palvelussuhteen ehtoihin. Myös henkilöstömitoitukseen liittyvä lainsäädäntö nähtiin vaikuttavan tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin.

Kaikkien haastateltujen asiantuntijoiden mukaan suurimpana ja varmimpana palvelussuhteen ehtoja mullistavana tekijänä tutkimushetkeen verrattuna ja toisaalta koko järjestelmän uudistamispakon alullepanijana tai vähintäänkin nopeuttajana nähtiin tutkimushetkellä istuvan hallituksen sote- ja maakuntauudistus sekä siihen linkitetty laki asiakkaan valinnanvapaudesta ja 3 miljardin säästötavoite vuoteen 2030 mennessä. Sote-uudistusta valmisteltiin alun perin omana kokonaisuutena, mutta hallitus yhdisti siihen myös maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen. Tämän kokonaisuuden myötä uudistuva sosiaali- ja terveydenhuollon lakien kokonaisuus ja uudet maakuntaa ja valinnanvapautta koskevat lait olivat tutkimushetkellä vielä valmisteluvaiheessa ja lausuntokierroksella. Niiden toimeenpanoa jos-

sain muodossa pidettiin kaikkien asiantuntijoiden mukaan todennäköisenä ja vaikutuksia suurina sekä osaltaan arvaamattomina.

Suurimpana ja mullistavimpana uudistuskokonaisuuden palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavana osana nähtiin valinnanvapaus. Sitä, millaisena valinnanvapaus tulevaisuudessa toteutuu, ei tutkimushetkellä tiennyt varmaksi vielä haastateltavien mukaan kukaan muuttujien ja epävarmuustekijöiden suuren määrän vuoksi. Joidenkin asiantuntija-arvioiden mukaan noin puolen tutkimushetkellä kunnissa ja kunnallisissa liikelaitoksissa työskentelevien sosiaali- ja terveysalan henkilöstöstä arveltiin olevan kymmenen vuoden kuluttua maakuntakonsernilla töissä ja toisen puolen palkansaaajina yksityisissä kansallisissa tai monikansallisissa yrityksissä.

Muina suurina eriteltyinä sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksessa palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavina muuttuvina tekijöinä nähtiin uudistuksen pohjaksi otettu yhtiöittämisvelvoite ja monituottajamalli, niihin liittyvä palveluliikelaistosten tulo, kilpailutus, ulkoistaminen ja yksityistäminen. Myös uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalveluiden valtionosuuksien siirtyminen kunnilta maakunnille ja asiakasmaksujen mahdolliset korotukset nähtiin vaikuttavina tekijöinä.

Työnantajaroolin siirtyessä kunnilta maakuntakonsernille syntyy uusi työnantaja- ja sopimisen taso, jolle on luotava uusi neuvottelujärjestelmä ja työ- ja virkaehtosopimus. Asiantuntijoiden näkemyksen mukaan kaikki palvelussuhteen ehdot ovat neuvotteluvaiheessa periaatteessa auki mutta neuvottelujen pohjana arvioitiin tulevan olemaan KVTES, jonka nähtiin vaikuttavan varsinkin lyhyellä tähtämellä mutta myös 10 vuoden kuluttua.

Osa haastatelluista asiantuntijoista toi esiin kuntien valtuustokausien pituuden ja talouden tasapainottamisvelvoitteen, joiden nähtiin vaikuttavan siten, että mahdollisuudet pitkäjänteiseen palvelussuhteen ehtojen ja työelämän kehittämiseen eivät ole olleet kovin suuret ja saman kehityksen nähtiin jatkuvan maakunnissa.

6.1.3 Tekninen kehitys

Kolmas iso haastateltujen asiantuntijoiden mukaan tulevaisuuden sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin vaikuttava kokonaisuus on tekninen kehitys. Digitalisaatio, robotisaatio, automatisaatio ja tekoäly muuttavat työtehtäviä, työympäristöä ja työn tekemisen muotoja entistä mobilisoidummaksi, automatisoidummaksi ja teknisemmäksi. Tekninen kehitys arvioitiin mahdollistavan reaaliaikaisten työajan seurantamekanismien, videoneuvottelujen, etävastaanottojen, konsultaatiopalveluiden ja terveysteknologian, kuten hoiva- ja leikkausrobottien ja ylipäänsä teknisten suoritustapojen yleistymisen. Näin tekniikka tulee isoksi osaksi jokaisen sosiaali- ja terveysalalla työskentelevän työtä.

Myös työnteon aika ja paikka tulevat haastateltujen asiantuntijoiden mukaan menettämään merkitystään lisäten etätöiden tekoa ja muuttaen ammattilaisten välistä työnjakoa sekä sosiaali- ja terveysalan koulutukselta vaadittavaa sisältöä. Osaa- misvaatimusten ja työnkuvamuutosten myötä tekninen kehitys vaikuttaa palkkaukseen ja etätöiden yleistymisen myötä työaikaan. Osa asiantuntijoista näki teknisen kehityksen mahdollistavan rutiininomaisten töiden automatisoinnin antaen lisää aikaa ihmisen kohtaamiseen antaen resursseja työn eettisen tekemisen.

6.1.4 Talous

Neljäntenä suurena palvelussuhteen ehtoihin vaikuttavana isona kokonaisuutena haastateltujen asiantuntijoiden mukaan oli globaali ja kansallinen talous. Globaali taloudellinen ja poliittinen tilanne nähtiin vaikuttavan niin kansalliseen taloustilanteeseen, palvelujen tarpeeseen kuin työvoiman tarjontaan ja koulutustasoonkin ja sitä kautta sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin.

Globaaliksi sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin merkittävästi ja monen mutkan kautta vaikuttavaksi tekijäksi voidaan laskea joissakin haastatteluissa esiin tullut eri maissa olevat erilaiset verojärjestelmät ja erityisesti veroparatiisit. Niillä nähtiin olevan mahdollista ohjausvaikutusta yritysten ja työpaikkojen sijoittumiseen. Tulevan sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen myötä mahdollisesti lisääntyvän verosuunnittelun mahdollistavan pienemmän verokertymän,

joka taas vaikuttaa mahdollisuuteen tuottaa ja resursoida sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja palkanmaksuvara. Osa haastateltavista nosti esiin kansainvälisen kilpailun sosiaali- ja terveysalan asiakkaista ja markkinoista, jotka voivat vaikuttaa ehtoihin joko kohentavasti tai heikentävästi.

Myös kansallinen taloustilanne ja verokertymä vaikuttavat poliittisen tahdon lisäksi mahdollisuuteen tuottaa julkisia sosiaali- ja terveyspalveluita ja palkata riittävästi henkilöstöä ja kohentaa työoloja. Taloustilanne vaikuttaa näin siis myös työvoiman kysyntään ja tarjontaan, johon vaikuttavina tekijöinä nähtiin sen lisäksi myös koulutuspolitiikka, aluepolitiikka ja työllisyyspolitiikka.

Julkisen sektorin palkanmaksuvaran nähtiinkin vaihtelevan yleisestä taloustilanteesta riippuen. Taloustilanteen muutokset nähtiin vaikuttavan sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin viiveellä mm. verotusjärjestelmän vuoksi. Tiukan taloustilanteen ja talouskurin aikana asiantuntijoiden mukaan palkanmaksuvara ja työmarkkinajärjestöjen neuvotteluasema julkisella sektorilla on heikentynyt, koska rahoitus koostuu pitkälti verotuloista. Tämän nähtiin pienentävän palkanmaksuvara ja hidastavan tai estävän palkkausjärjestelmän jo tutkimushetkellä ja erityisesti tulevaisuudessa mahdollistamia tuloksellisuuden ja palkitsevuuden elementtien käyttöönottoa. Toisaalta osan haastateltavien mukaan sekä globaalia että kansallista taloustilannetta myös nähtiin käytettävän hyväksi ja sen varjolla heikentävän palvelussuhteen ehtoja tarpeettomasti.

Monen asiantuntijan mukaan myös ministeriöiden ohjeistuksen, tiukan budjettikurin, valtion saneleman kuntatalouden tasapainottamisvelvoitteen, kuntien valtionosuuksien leikkausten ja jatkossa myös maakunnan valtionosuuksien riittämättömyyden myötä liikkumavaran palkkojen, palkkausjärjestelmien ja muiden palvelussuhteen ehtojen uudistamisen osalta nähtiin olevan melko pieni tulevaisuudessa.

6.2 Tulevaisuuden työehtojen skenaariot

Tässä luvussa esiteltävien tulevaisuuden työehtojen skenaarioiden taustalla on haastatteluiden perusteella tehty analyysi, jossa on otettu huomioon trendit, esiintyvyys ja heikot signaalit. Niistä on muodostettu skenaariot sosiaali- ja terveystalouden palkansaajan ja palkansaajajärjestöjen arvojen kannalta tulevaisuuden palvelussuhteen toivottavista ja ei-toivottavista palvelussuhteen ehdoista sekä todennäköisin palvelussuhteen ehtojen skenaario (ks. Taulukko 2).

Taulukko 2. Tulevaisuustaulu palvelussuhteen ehtojen skenaarioista palkansaajan arvojen mukaisesti

Työsuhteen ehdot	Ei-toivottava	Todennäköinen	Toivottava
Keskusjärjestösopimukset	Ei	Ei	Kyllä
Työehtosopimus	Ei	Yleissitova	Yleissitova
Sopimisen taso	Yksilökohtainen	Liittotaso	Keskustaso, kolmikanta
Tessien määrä	Useita	Maakunta, yksityinen sote, lääkäri	Muutama
Keskinäinen suhde	Kilpailee keskenään	Kilpailee keskenään	Ei kilpailevia tessejä
Muutosturva työnantajan vaihtuessa	Ei turvaa	Liikkeenluovutus -> heikommat työehdot	Liikkeenluovutus, työehtosopimus säilyy, ei työehtosoppailua
Paikallinen sopiminen	Ilman yleissitovia raameja	Yleissitovien raamien sisällä	Yleissitovien raamien sisällä
Laajuus	Vain paikallisesti	Laajasti	Laajasti yleissitovan päälle
Sovittavat asiat	Kaikki	Nykyiset + laajemmin työajasta ja palkasta	Yleissitovan parannukset
Luottamusmiehen neuvotteluasema	Ei lainkaan	Neuvotteluosapuoli	Vahva&aito neuvottelija
Työaikalain piirissä	Ei kukaan	Vain osa	Kaikki
Työntekijä voi vaikuttaa työaikaan	Ei	Asemasta riippuen	Paljon
Jouston taso	Ei jouta	Joustavat nykyistä enemmän	Elämäntilanteen mukaan joustavat
Työmatkan ajan työ	Ei lueta työaikaan	Luetaan tapauskoht.	Luetaan työaikaan
Työpäivä	10-12 h /ei määritelty	n. 8 h	6-8 h
Vuosiloman pituus	Muutama päivä	24 pv	Nykyiset tai pidemmät
Ajankohdan päättäjä	Työnantaja	Yhdessä neuvoteltu	Työntekijä joustavasti valitsee
Työsuhteen muoto	Työnantaja sanelee	Työnantaja päättää	Työntekijä valitsee
Yleinen ja tyypillinen	Silppu-, pätkä-, osa-aika-, Oh	Silppu ym. lisääntyy	Vakituinen ja kokoaikainen
Palkkausjärjestelmä	Työnantajan sanelupolitiikka	Työnantajan päätösvalta lisääntyy	Keskus- /liittotaso yhdessä sovittu
Huomioi:Koulutuksen TVA:n tuloksellisuuden vaikuttavuuden	Ei huomioi kuin jonkin verran koulutusta ja tuloksellisuutta	Huomioi kaikkea hieman nykyistä enemmän, eniten tuloksellisuutta	Huomioi kaikki oikeudenmukaisesti
Palkanmaksaja	Kansalainen	Yritys/maakunta	Kunta tai maakunta
Palkkataso	Ei tule toimeen	Polarisoituu	Tulee hyvin toimeen
Lisät	Kokonaispalkka	Osa poistuu	Paljon korkeammat
Kilpailukyky sopimus	Uusia edellisen lisäksi	Yrityksiä saada uusia	Kompensoidaan, ei uusia
Sosiaaliturva	Heikko, harvoille, kurittava	Heikennetty	Kehitetty tarpeisiin vastaavaksi
Henkilöstömitoitukset	Ei säädeltyjä	Alennettu hlömäärää	Tiukasti säädeltyjä
Kelpoisuusehdot	Väljennetty	Väljennetty	Eettisesti kestävä taso

Näihin skenaarioihin päästään tiettyjä tulevaisuudenpolkuja pitkin, joihin vaikuttavat omalta osaltaan kaikki Vaikuttavat tekijät -kuvan vaikuttaviksi tekijöiksi luokitellut monimutkaisilla ja ennakoimattomillakin tavoilla. Ensimmäisenä esitellään skenaario ja tulevaisuuspolku, joita pitkin päästäisiin palkansaajien näkökulmasta parhaimpiin työehtoihin, toisena kuvataan palkansaajan näkökulmasta ei-toivottavimmat työehdot ja sinne johtava tulevaisuuspolku ja kolmanneksi hahmotellaan todennäköisin tulevaisuusskenaario ja miten sinne päädytään. Viimeisessä kappaleessa pohditaan ratkaisuja, miten palkansaajan näkökulmasta parhaat palvelussuhteen ehdot olisi mahdollista saavuttaa.

6.2.1 Toivottavat palvelussuhteen ehdot

Haastatteluiden perusteella muodostui yleiskuva toivottavista palvelussuhteen ehdoista, jotka olisivat oikeudenmukaisia, tasapuolisia ja luottamuksella yhdessä keskustasolla sovittuja, mutta jotka toisaalta mahdollistaisivat myös työpaikkatason joustot ja olisivat tekemiseen ja taitojen kartuttamiseen kannustavia.

Useat asiantuntijat toivoivat kolmikantaiselle yhteistyölle ja tupoilte jatkoa aiempien vuosikymmenten tapaan. Tutkimushetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla palvelussuhteen ehtoja voimakkaasti heikentävän kilpailukyky sopimuksen sijaan toivottiin voitavan sopia aitoja kilpailukykyä pitkällä tähtäimellä edistäviä ratkaisuja, tämänkaltaisen kilpailukyky sopimuksen jäävän ainoaksi laatuaan ja siitä johtuvien menetysten täysimääräistä kompensatiota. Sosiaali- ja terveysalan palkansaajien palvelussuhteen ehdoista olisi ihannetilanteessa useimpien haastateltujen näkemyksen mukaan sovittu keskusjärjestötasolla suurten linjojen osalta ja liitto-kohtaisilla yleissitovilla työehtosopimuksilla raamitettu paikallinen sopiminen.

Myös niiden palkansaajien palvelussuhteen ehdoista, joista ei tällä hetkellä yksityisellä sektorilla yleissitovin työ- ja virkaehtosopimuksin sovita, mutta jotka liitotasolla sovittavien työehtosopimusten piirin tahtoisivat, toivottiin jatkossa liitotasolla sovittavan. Yleisesti nähtiin, että yleissitovat työehtosopimukset antaisivat vahvat raamit reiluille vähimmäistason palvelussuhteen ehdoille, joiden puitteissa

paikallisesti aidosti sovittaisiin sekä palkansaajia että työnantajia hyödyttävistä paikallisista joustoista ja sovellutuksista. Asiantuntijoiden näkemysten mukaan toivottavassa tilanteessa tosiasiallista molempia osapuolia hyödyttävää paikallista sopimista olisi tutkimushetkeä enemmän. Tämä edellyttäisi luottamusmiehen vahvaa neuvotteluasemaa ja irtisanomissuojan varmistamista lainsäädännöllä ja työ- ja virkaehtosopimusten kautta. Yhtenä ratkaisuna esitettiin niin sanottua piiriluottamusmiestä sellaisille työpaikoille, joissa ei muuten omaa luottamusmiestä olisi.

Toivottavassa skenaariossa työ- ja virkaehtosopimusten määrä pysyisi suurin piirtein samana kuin tutkimushetkellä. Pitkälti taustaorganisaationsa palkansaajien työnkuvista riippuen osa asiantuntijoista nosti yhdeksi isoksi pitkän tähtäimen unelmaksi kaikkien työehtosopimusten laittamisesta pöydälle, kokonaan uudelleenarvioinnista työn vaativuuden näkökulmasta ja palkkaväristymien korjaamisesta ja osa taas joko koko sosiaali- ja terveysalan kattavan työ- ja virkaehtosopimuksen tai koulutettua hoitohenkilökuntaa koskevan oman työehtosopimuksen. Toisaalta hyvänä ja toivottavana pidettiin myös nykyisenkaltaista työehtosopimusrakennetta maakunnallisella työehtosopimuksella täydennettynä. Isona toivottavana tekijänä työ- ja virkaehtosopimusten keskinäisten suhteiden osalta pidettiin sitä, että keskenään kilpailevia työehtosopimuksia ei olisi eikä täten mahdollisuutta työehtoshoppailuun.

Monet haastateltavat näkivät tutkimushetkellä julkisen sosiaali- ja terveysalan KVTES:n tai AVAINTA-työehtosopimuksen olevan hyvä palvelussuhteiden ehtojen kehittämisen pohja tulevalle maakunnalliselle ja yksityisen sektorin ja virka- ja työehtosopimuksille. Myös Metalliliiton ja Paperiliiton solmimia isoimpia työehtosopimuksia pidettiin hyvinä malleina tulevaisuuden työ- ja virkaehtosopimuksille myös sosiaali- ja terveysalalla erityisesti palkkausjärjestelmän ja tason osalta. Unelmaskenaariossa työ- ja virkaehtosopimusten laadullisen parantamisen rinnalla olisi kehitetty ja jatkuvasti kehitettäisiin kansalaisten sosiaaliturvaa, kuten työttömyysturvaa yksilöllisiä elämäntilanteita ja tarpeita vastaaviksi.

Monessa haastattelussa tuli esiin palvelussuhdeturvan tärkeys tilanteissa, joissa työnantaja vaihtuu yhtiöittämisen tai kilpailutuksessa häviämisen seurauksena.

Toivottavana nähtiin, että henkilöstön turvana näissä tilanteissa olisi niin kutsuttu Lonka plus –sopimus, jolloin työpaikka olisi turvattu ja henkilöstö siirtyisi liikkeenluovutuksella yli eli myös palvelussuhteen ehdot säilyisivät samana. Myös yhteistoimintalainsäädäntöä toivottiin käytettävän tutkimushetkeä laajemmin mahdollisuuksia avaavana ja henkilöstön aidosti mukaan jo varhaisessa vaiheessa ottavana lainsäädäntönä pelkän irtisanomisosuuden käyttämisen sijaan. Henkilöstön vähennystarpeita toivottiin ennakoitavan tulevaisuudessa nykyistä paremmin ja vähennystilanteissa käytettävän ensisijaisesti luonnollisen poistuman vaihtoehtoa.

Palvelussuhteen muoto olisi toivottavassa tilanteessa palkansaajan itsensä valitsema, elämäntilanteen mukaan joustava ja usein miten vakituinen ja kokoaikainen. Laajasti nähtiin, että perusteettomat nollatuntisopimukset olisivat kiellettyjä, silppu-, pätkä-, ja osa-aikaisten työsuhteiden määrä kokonaisuudessaan tutkimushetken tilanteeseen verrattua pienempi ja niiden käyttömahdollisuus huomattavasti rajatumpi. Tällaiset poikkeavat palvelussuhde-ehtorakenteet olisi tehty kalliimmaksi kuin tyypillisten palvelussuhteiden käyttäminen. Myös sellaisilla palkansaajaryhmillä, joissa asiakassuhde on sama kuin työnantajassuhde, olisi tutkimushetken tilannetta parempi turva palkan ja työsuhteen jatkumisen osalta palvelussuhteen päättyessä tai asiakkaan sairastuessa.

Asiantuntijat toivoivat, että tulevaisuudessa työ- ja virkaehtosopimukset olisivat sisällöllisesti yksiselitteisempiä ja selkeämpiä, mutta kuitenkin tarpeeksi kattavia. Palvelussuhteen ehdoista suurimpina ja tärkeimpinä nähtiin tulevaisuudessakin palkkaus ja työaika. Toivottavassa skenaariossa työelämässä kaikki palkansaajat olisivat työaikalain piirissä. Työmatkojen aikana tehtävä työ olisi osa työaikaa ja työntekijällä olisi mahdollisuus vaikuttaa omaan työaikaan joustavasti elämäntilanteen mukaan. Vuosiloman pituuden ja vapaapäivien määrän toivottiin olevan vähintään nykyisten kunnallisten sosiaali- ja terveysalan työ- ja virkaehtosopimusten mukainen tai korkeampi.

Vuosittainen ja päivittäinen työaika olisivat tavoiteltavissa palvelussuhteen ehdoissa keskimäärin enintään sen, mitä julkisen sosiaali- ja terveysalan työ- ja virkaehtosopimuksissa tutkimushetkellä on. Vuosityöaikamääräysten toivottiin olevan selkeämpiä kuin KVTES:ssä tutkimushetkellä on. Osa haastateltavista näki myös ansiotasoa laskematta toteutetun kuuden tunnin työpäivän tai vaihtoehtoisesti nelipäiväisen työviikon olevan merkittävä unelma. Palkansaajien ja työyhteisöjen mahdollisuus vaikuttaa työaikarakenteisiin ja työaikamäärittäisiin sekä henkilökunnan käytettävyyteen, mm. vuosiloman ja työaikojan määräämiseen esim. autonomisen työvuorosuunnittelun kautta, nähtiin samantasoisena tai jopa suurempana unelmana. Työvuorolistojen suunnittelu ylipäänsä siten, että vuorokausirytmien olisi mahdollista rakentaa yksilöllisesti mahdollisimman helpoksi ja vuorotyö rasittaisi mahdollisimman vähän nähtiin toivottavana. Työaikapankkia ja kotiin tulevaa lastenhoitajaa lapsen sairastuessa toivottiin otettavan käyttöön vapaaehtoisesti niille työpaikoille ja henkilöille, jotka siitä kokevat hyötyvänsä.

Työajan joustaminen palkansaajan tarpeiden, esim. perhetilanteen mukaan mahdollisuus poiketa virastotyöajasta ja etätyöntekomahdollisuus tutkimushetkeä laajemmin nousivat esiin useassa haastattelussa toivottavana kehityskulkuna. Työajaksi toivottiin tulevaisuudessa laskettavan pitkät työmatkat sekä sellaiset, joiden aikana tosiasiallisesti töitä tehdään ja työnantajan palveluksessa ollaan. Selkeä erottelu työn ja vapaa-ajan välillä, riittävät palautumisjaksot erityisesti vuorotöissä niin työpäivän sisällä, päiväkohtaisesti että vuoden ja koko työuran aikana koettiin erittäin tärkeänä. Myös luottamus työvuoroluettelon merkittyjen työvuorojen ja -aikojen paikkansa pitämiseen nähtiin tärkeänä ja toivottiin painavampaa syytä ja korkeampaa kynnystä työvuorojen ja työaikojen muutteluun. Vuorotteluvapaan käyttö olisi toivottavissa palvelussuhteen ehdoissa tehty paljon tutkimushetken tilannetta helpommaksi ja kannattavammaksi sekä työnantajalle että työntekijälle mm. sääntöjä lieventämällä. Näillä kaikilla nähtiin olevan merkittävä vaikutus niin tehokkuuteen, tuottavuuteen, perhe- ja työelämän yhteensovittamiseen kuin oman työn ja elämänhallinnan tunteeseenkin ja sitä kautta työmotivaatioon, työsäljaksamiseen ja sairauspoissaoloihin.

Palkkausjärjestelmästä tulisi haastateltavien mukaan sopia keskus- tai liittotasolla luottamuksella palkansaaja- ja työnantajajärjestöjen kesken. Sosiaali- ja terveysalan palkkakuoppaongelman ratkomiseksi esitettiin useassa haastattelussa tasa-arvoerää. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön palkka tulisi toivottavassa skenaariossa edelleen pitkälti verovaroista ja palkanmaksajana toimisi julkinen sektori. Sekä peruspalkan, erilaisten työaikaan ja työn vaativuuteen liittyvien lisien että palkkatason ylipäättään toivottiin olevan nykyistä huomattavasti korkeampi sekä reaalisesti että verrattuina muihin aloihin ja elinkustannusindeksiin ja vähintäänkin sellainen, että se turvaa toimeentulon. Erityisen tärkeänä pidettiin palkan säilymistä sote-uudistuksen myötä vähintään tutkimushetken tasolla. Toivottavana pidettiin myös palkkauksen ja palkkausjärjestelmän olevan motivoiva ja mahdollistavan palkkatason nostamisen lähivuosina myös palkkojen harmonisoinnin jälkeen.

Palkkausjärjestelmä olisi läpinäkyvä ja palkkauksessa huomioitaisiin laajasti ja oikeudenmukaisesti niin koulutus ja jatkuva kouluttautuminen, työn vaativuus, tuloksellisuus ja vaikuttavuus kuin työtehtävien vaihtuvuus ja kokonaisvaltaisuuskin. Ihannetilanteessa palkkausjärjestelmää tarkasteltaisiin jatkuvasti, seurata sen vaikuttavuutta ja näiden perusteella muutettaisiin kaikkia hyödyttävään suuntaan.

Myös mahdollisista mitoituksien heikentämisistä johtuva suoritteiden määrän kasvu ja kiristynyt työtahti näkyisi palkassa. Palkkauksen tulisi kannustaa mm. työ- ja virkatehtävästä riippuen toisaalta tehtävien, tehtävänkuvien ja työpisteiden vaihdoksiin ja toisaalta taas asiakas- ja potilassuhteiden vaikuttavuuden takaamiseksi niiden pysyvyyteen. Osassa haastatteluista pidettiin tärkeänä mahdollisuutta palkankorotuksiin ilman esimies- tai hallinnollisiin tehtäviin siirtymistä. Yhtenä vaihtoehtona joissain haastatteluissa esitettiin kahta erilaista palkkaraamia, esimerkiksi suorite- ja vaihtoehtona tulosperusteinen, jotka olisivat koko sosiaali- ja terveysalalla käytössä. Mallit olisivat selkeitä, oikeudenmukaisia ja niistä voisi paikallisesti yhdessä sopien valita henkilöstön, työnantajan ja työn kannalta parhaimman sopivimman mallin paikallisesti.

Osa haastatelluista näki palvelusvuosista automaattisesti kertyvien lisien poistaminen reiluna ja toivottavana silloin, kun muita ansiotasoa samanlaisella varmuu-

della nostavia, mutta oikeudenmukaisempia palkkaelementtejä tehtäväkohtaisen palkan lisäksi olisi kehitetty ja käyttöön otettu. Tällaisia palkkaelementtejä voisivat olla nykyistä suurempi henkilökohtainen palkanlisä ja tulospalkkiot, joita maksettaisiin selkeiden pelisääntöjen ja vaikuttavuutta aidosti mittaavien ja läpinäkyvien mittareiden mukaan aina ehtojen täytyessä. Mittareina käytettäisiin mm. palveluprosessien ja tehtävänkuvien onnistuneesta selkiyttämisestä peruspalkan päälle maksettavat tulospalkkiot. Laatujärjestelmiä toivottiin kehittävän ja tuotavan palkkausjärjestelmän rinnalle.

Osassa haastatteluita tuotiin esiin toive tutkintonimikkeiden ja koulutustasojen muutosten ja uusien erikoisammattitutkintojen paremmasta huomioon ottamisesta palkkausjärjestelmässä. Koulutusleikkaukset toivottiin peruttavan ja koulutettavan kauaskantoisesti osaajia tulevaisuuden työelämän tarpeisiin. Työharjoitteluiden toivottiin mahdollistuvan mahdollisimman monipuolisissa ja vaativissa ympäristöissä ja siellä panostettavan erityisesti asiakkaan ja potilaan kohtaamisen, jotta valmistuvalla olisi hyvät valmiudet heti töihin tullessa. Etenkin uudelleenkoulutus, aikuiskoulutus, täydennyskoulutus ja johtamiskoulutus olisi toivottavassa tilanteessa tutkimushetkeä joustavampaa, yleisempää, työelämälähtöisempää ja siihen olisi löydetty sekä palkansaajaa että työnantajaa hyödyttäviä kannustimia.

Toivottavassa tilanteessa esimiehet ja palkansaajat olisivat tietoisia koulutusten sisällöistä ja vaatimuksista, pätevyysvaatimuksista, työn vaativuuden luokitteluperusteista ja tehtävien tosiasiallisista sisällöistä. Osassa haastatteluita tuotiin esille myös toive työnkuvien muuttamisesta työyhteisössä, hierarkioiden ja työyhteisön sisäisten raja-aitojen purkamisesta sekä moniammatillisuuden ja poikkihallinnollisuuden lisääntymisestä. Tällöin olisi mahdollisuus purkaa hierarkioita ja toimia työyhteisönä tehokkaasti, tuottaa palveluita asiakkaalle ja potilaalle mahdollisimman ja saada palkka vastaamaan henkilöstön tosiasiallista työtä ja osaamista.

Toivottavassa työelämässä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä- ja koulutushierarkioita olisi pysytty purkamaan ja tehtävänkuvia järkeistämään säilyttäen kuitenkin henkilöstön kelpoisuusehtojen ja koulutuksen korkea taso ja palvelujen

laadukkuus. Parhaiten ja tehokkaimmin nähtiin palvelun, työn ja palvelussuhteen ehtojen toimivat, kun oikeat ihmiset tekisivät oikealla palvelustasolla oikeita tehtäviä.

Toivottavassa tulevaisuudenkuvassa henkilöstömitoituksista säädettäisiin lainsäädännöllä ja niitä valvottaisiin viranomaisten toimesta tutkimushetkeä tiukemmin. Ihannetilanteessa mitoitusten pohjana olisi asiakkaiden ja potilaiden palveluiden tosiasiallinen tarve, jota säännöllisesti arvioitaisiin ja arvioiden perusteella mitoituksia ja resursointia muutettaisiin tarpeita vastaavaksi. Työtä voisi tehdä eettisesti korkeatasoisesti, inhimillinen tapa tehdä työtä olisi arkea ja palvelun- tai hoivan antaja mahdollisimman pysyvä, esim. omahoitaja tai omalääkäri.

Työelämän inhimillistyminen näkyisi myös johtamiskulttuurin muutoksena. Johtaminen olisi riittävästi resursoitu ja johtaja olisi esimieskoulutuksen saanut oikeudenmukainen, henkilöstön pariin jalkautuva, henkilöstö tasa-arvoinen hänen silmissään ja yhdenvertainen ammattiryhmästä yms. riippumatta. Tärkeänä nähtiin jokaisen mahdollisuus tulla kuulluksi, luottavainen työilmapiiri ja täysivaltaisena työyhteisön jäsenenä oleminen. Osa haastateltavista näki lähiesimiehen tarpeellisuina ominaisuuksina alan ammattilaisuuden, mutta ylemmän johdon olevan professiovapaata, osan toiveissa oli professiovapaus kautta linjan yleisen tehtävään sopivuuden ollessa riittävä valintaperuste. Työssäjaksamista nähtiin vahvistavan unelmatilanteessa työnantajan mahdollistamat mahdollisimman hyvät työolosuhteet mm. fyysisten ja henkisten työkalujen tarjoaminen sosiaali- ja terveysalan erityispiirteiden ja haasteiden läpikäymiseen. Matalahierarkisella, empaattisella ja oikeudenmukaisella johtamisella, työn organisoinnilla ja henkilöstöön ja palvelujen kehittämiseen pitkäjänteisesti panostamalla nähtiin voitavan lisätä työhyvinvointia säästettävän miljardeja.

Haastateltavien mukaan näiden toteutuessa oltaisiin jo hyvän matkaa oikealla tiellä.

Palkansaajien arvojen ja näkemyksen mukaisten toivottavien sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen skenaarion toteutuminen edellyttää monien seikko-

jen muuttumista parempaan tutkimushetken tilanteeseen verrattuna. Samanaikaisesti se edellyttää myös parempia työehtoja estävien uhkakuvien tunnistamista ja keinoja ja toimia niiden torjuntaan. Koko unelmaskenaarion toteutuminen ei näyttänyt haastateltavien käsityksissä realistiselta, mutta joidenkin tavoitteiden nähtiin voivan toteutua myös lähitulevaisuudessa.

Suurin osa haastatelluista näki, että sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen mennessä tutkimushetkellä istuvan hallituksen kaavailujen mukaan läpi, toivottavilla palvelussuhteen ehdoilla sosiaali- ja terveysalalla ei ole toteutumismahdollisuuksia. Toivottaviin työehtoihin pääsemisen ehdoton edellytys onkin, että palkansaajajärjestöt istuvat jatkossa niissä pöydissä, joissa työelämästä ja palvelussuhteen ehdoista laajasti päätetään niin globaalisti, valtakunnallisesti kuin paikallisesti. Tärkeänä nähtiin myös toisen neuvotteluosapuolen eli työnantajajärjestön olemassaolo, järjestäytyneisyys ja luottamuksellinen ja jatkuva neuvottelusuhde.

Jotta palkansaajat ovat työehtosopimusneuvotteluissa tulevaisuudessakin mukana, tarvitaan palkansaajajärjestöiltä uudistumiskykyä ja aktiivisuutta, useimpien haastateltavien mielestä myös laajasti yhteiskuntasuhdetoimintaa. Tämä taas edellyttää myös palkansaajien itsensä suurempaa yhtenäisyyttä ja aktivoitumista työpaikoilla, yleisesti yhteiskunnallisesti sekä palkansaajaliikkeen jäsenenä ja aktiiveina.

Jäsenistön siirtyminen kunnilta maakuntakonsernien ja yksityisten yritysten palvelukseen tarkoittaa lähes koko sosiaali- ja terveysalan edunvalvonnan siirtymistä sinne myös. Olennaisena nähtiin lähivuosien aktiivinen vaikuttaminen maakunnallisen neuvottelujärjestelmän kehittämisessä, henkilöstön palvelussuhteen ehtojen turvaamisessa esim. Lonka plus -sopimuksella ja jäsenistön aktivointi ja ajantasainen tiedottaminen ennen sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen tuloa. Henkilöstön siirtymisen jälkeen nähtiin tärkeänä liittorakenteen luominen ja jäsenistön aktivoiminen työpaikoilla.

Toivottaviin palvelussuhteen ehtoihin pääseminen edellyttää haastateltavien mukaan palkansaajaliikkeen neuvotteluvoiman kasvattamista. Kun yksityisen sektorin palkansaajien määrä lisääntyy, samalla todennäköisesti tai aktiivisella jäsen-

hankinta- ja edunvalvontatyöllä myös palkansaajajärjestöjen jäsenmäärä yksityisellä sektorilla jäsenmäärä kasvaa ja tästä johtuen myös neuvotteluvoima parempien palvelussuhteen ehtojen saamiseksi.

Tärkeänä nähtiin työehtoshoppailun ja kaksien työmarkkinoiden kehittymisen esittäminen, jonka torjuminen edellyttää yhteistä tahtotilaa ja yhteistyötä työmarkkinajärjestöjen ja lainsäätäjien sekä valvovien viranomaisten kesken. Tämä edellyttää arvostavaa asennetta ja keskinäistä kunnioitusta työnantajien, työnantajajärjestöjen ja työnantajakeskusjärjestöjen sekä palkansaajien, palkansaajajärjestöjen ja palkansaajakeskusjärjestöjen kesken.

Suurin osa haastatelluista näki toivottaviin palvelussuhteen ehtoihin pääsemisen edellyttävän tai vähintäänkin edesauttavan poliittisten voimasuhteiden eduskunnassa ja tulevissa maakuntavaltuustoissa muuttumista tukitushetken oikeistolaisesta enemmistöstä perinteisten työväen puolueiden enemmistöksi tai ainakin palkansaajia ja palkansaajaliikettä arvostavampaan suuntaan. Tällöin palkansaajajärjestöillä olisi mahdollisuus vaikuttaa sosiaali-, työttömyysturva-, sote- ja työ- ja virkaehtosopimukseen vaikuttavaan sekä koulutuspoliittisen lainsäädäntöön kolmikantaisesti. Tällä vaikutettaisiin myös työvoiman kysyntään ja tarjontaan ja palkansaajien osaamistasoon. Poliittisten päättäjien nähtiin vaikuttavan myös verolainsäädäntöön ja verovarojen kohdentamiseen, mikä on erityisen tärkeää tulevaisuudessakin pitkälti verovaroin toimivalla sosiaali- ja terveysalalla.

Osa haastatelluista näki, että keskusjärjestö- ja palkansaajajärjestöjen yhdistymisillä olisi mahdollista yhtenäistää ja tehostaa edunvalvontaa.

Tutkimustoiminta ja rohkeat kokeilut nähtiin keinona vakuuttaa päättäjät ja työnantajapuoli palvelussuhteen ehtojen kehittämisen mielekkyydestä. Esimerkiksi kokeilu 6 tunnin työpäivästä ansiotasoa alentamatta olisi sellainen. Siitä mahdollisesti saatava näyttö positiivisista vaikutuksista kustannusrakenteeseen, esim. sairauspoissaolojen väheneminen, mahdollistaisi neuvottelut työajan lyhentämisestä työnantajapuolen kanssa.

Yleisen ilmapiirin ollessa sosiaali- ja terveysalan työtä ja henkilöstöä arvostavia siten, että työn vaativuus ja kuormittavuus tunnustettaisiin, työn laadukkuutta arvostettaisiin ja vaadittaisiin ja että henkilöstön palvelussuhteen ehtojen parannuspyrkimyksiä tuettaisiin, edesauttaisivat toivottavien palvelussuhteen ehtojen toteutumista.

6.2.2 Ei-toivottavat palvelussuhteen ehdot

Haastatteluiden yhteenvedossa piirtyi kuva sosiaali- ja terveysalan työelämän dystopiasta, jossa johdetaan sanelupolitiikalla, tehdään lähinnä yksilökohtaisia työsopimuksia ilman keskus- tai liittotason raameja tai luottamusmiestä sekä nollasoppareiden, työehtoshoppailun ja pätkityn työpäivän vaikeasti ennakoitavasta maailmasta. Tällaisessa työelämässä ei työsuhdeturvaa, lomaa eikä aitoja vaikutusmahdollisuuksia työtä tekevällä olisi, henkilöstön ja kelpoisuusehtojen minimimitoituksiakaan ei noudatettaisi eikä valvottaisi eikä palkka riittäisi takaamaan toimeentuloa.

Dystooppisessa työelämäskenaariossa kolmikanta- ja keskustason sopimuksia ei tehtäisi. Palkansaajajärjestöt olisivat entistä vähemmän edustavia ja enemmän hajallaan eivätkä istuisi neuvottelupöydissä. Palkansaajajärjestöjä ei kutsuttaisi kuultaviksi palkansaajien palvelussuhteen ehtoihin, sosiaaliturvaan tai muuhun palkansaajien elämään vaikuttavia lakeja valmisteltaessa. Liitto- tai paikallisiakaan työ- ja virkaehtosopimuksia ei olisi, vaan palvelussuhteen ehdot olisivat pitkälti paikallisesti ja yksilöllisesti neuvoteltava. Jokainen yksilö neuvottelisi omat palvelussuhteen ehtonsa itse, vaikka tietoa, tahtoa, osaamista tai uskallusta niiden neuvottelusta ei olisikaan. Jos työehtosopimuksia kuitenkin olisi, niitä on useita ja ne ovat keskenään kilpailevia, jolloin esiintyisi runsaasti työehtoshoppailua. Paikallisesti sovittavissa olisivat kaikki palvelussuhteen ehdot lakien vähimmäismääräyksien puitteissa. Tämä paikallisesti tapahtuva sopiminen on kuitenkin enemmänkin työnantajan sanelua, ei todellista sopimista. Luottamusmiehellä ei olisi joko lainkaan valtaa tai ei todellista valtaa sopia eikä luottamusmiehen tehtävään olisi helppo ketään saadakaan, kun työsuhdeturva olisi heikko.

Yhtenä lyhyemmän aikavälin uhkakuvana nähtiin, että tutkimushetkellä voimassaoleva 3-vuotinen kilpailukyky sopimus jäisi pysyväksi, jolloin lomarahat jäisivät pysyvästi alemmalle ja työaika korkeammalle tasolle kuin kilpailukyky sopimusta edeltävänä aikana. Tämän nähtiin olevan yksi osa palvelussuhteen ehtojen ja palkansaajajärjestöjen palkansaajien etujen ja arvojen mukaisten neuvottelumekanismien ja –voiman heikentämistä.

Jos työ- ja virkaehtosopimuksia olisi, niitä olisi useita keskenään kilpailevia ja työehtoshoppailu olisi yleistä. Työsuhteen muoto olisi työnantajan valitsema ja usein miten vastentahtoisesti 0h-, silppu-, pätkä ja osa-aikatyötä. Työsuhde ja työnantaja vaihtuisivat usein eikä muutosturvaa työnantajan vaihtuessa ei olisi. Työaikalakia olisi muutettu niin, että kukaan tai vain harvat olisivat sosiaali- ja terveysalallakaan työaikalain tai työaikaseurannan piirissä. Matka-aikana tehtyä työtä ei luettaisi työaikaan, vaikka työmatkat ja työmatkoilla tehtävän työn määrä lisääntyisi. Palkansaaja ei pystyisi itse vaikuttamaan juurikaan työtuntiansa määrään tai työnteon ajankohtaan omien toiveidensa tai tarpeidensa mukaisesti, vaan joustaminen tapahtuisi yksinomaan työnantajan tarpeen mukaan. Ei-toivottavana nähtiin myös työpäivien muuttuminen entistä pilkotummiksi ja pätkitymmäksi, sirpaleisemmaksi ja kohti 24h-työntekoa myös sosiaali- ja terveyspalveluiden ollessa tutkimushetkeä useammin ympärivuorokautisesti saatavilla. Palkansaaja ei myöskään vuosilomiensa voisi vaikuttaa vuosilomien sijoitteluun.

Yhdessä kollektiivisesti sovittua palkkausjärjestelmää ei joko olisi tai niitä olisi useita ja joiden käytöstä työnantaja päättäisi. Ne huomioisi työn vaativuutta eikä vaikuttavuutta ja huomioisivat koulutustasoa ja lyhyen aikavälin tuloksellisuuttakin vain jonkin verran. Ei-toivottavana kehityskulkuna nähtiin, että työnantaja maksaisi vain todellisista tehdyistä työtunneista tai tulostavoitteeseen pääsemisestä tai urakkapalkan eikä esimerkiksi suunnittelusta, sairausajalta, vanhempainvapaalta tai siirrettynä palkkana eli eläkkeinä. Palkan maksaisi tutkimushetkeä useammin suoraan palveluiden käyttäjä joko korkeampina asiakasmaksuina tai vakuutustensa kautta. Suurin osa haittakorvauksista ja epätyypillisenä työaikana

työn tekemisen rahalliseen korvaukseen tarkoitetuista lisistä olisi poistettu ja olisi siirrytty kokonaispalkkaan, joka olisi työnantajan sanelema.

Palkkataso olisi koko sosiaali- ja terveysalalla paljon tutkimushetkeä matalampi työtehtävien samalla muuttuessa entistä kokonaisvaltaisemmiksi ja korkeampaa osaamistasoa, jatkuvaa kouluttautumista, joustavuutta vaativiksi. Palkan kuukausi- ja vuositason ennustettavuus haastavoituisi työelämän ja palvelussuhteiden sirpaloitumisen ja epästabiiliuden myötä. Palkka ei näin ollen riittäisi toimeentuloksi ja palkansaaja olisi pakotettu turvautumaan viimesijaiseen sosiaaliturvaan, jota dystooppisessa maailmassa olisi myös heikennetty. Myös työttömyysturvaa olisi heikennetty ja muutettu vastikkeellisempaan suuntaan ja ay-maksujen verovähennysoikeus olisi poistettu.

Ei-toivottavassa työelämässä ei haastateltavien asiantuntijoiden mukaan henkilöstömitoituksia olisi säädelty lainkaan tai niitä olisi säädelty liian väljästi eikä niiden noudattamista valvontaa olisi riittävästi resursoitu. Kelpoisuusehtoja ja työnjakoa olisi väljennetty siten, että kouluttamaton tai vähemmän koulutettu henkilöstö tekisi yhä enemmän tutkimushetkellä tutkinnon suorittaneen, laillistetun ja nimikesuojatun henkilöstön työtehtäviä.

Näistä syitä johtuen työn, perheen ja muun elämän yhteensovittaminen olisi hankalaa, työssäjaksaminen ja työmotivaatio koetuksella, sairauspoissaolojen määrä olisi korkea ja alan vaihtaminen yleistä. Alan vetovoimaisuus, hoidon laatu ja eettisyys kärsisivät. Tästä johtuen henkilöstöresursseja ei olisi aina saatavilla tarvittavaa määrää.

Työn siirtymistä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille ei sinänsä pidetty uhkana kuin joidenkin asiantuntijoiden mukaan. Kuitenkin erityisesti sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistukseen nähtiin liittyvän erinäisiä suuria uhkia kaikkien haastateltavien mukaan. Laajalti pelkona oli, että uudistus vietäisiin läpi palkansaajille kaikkein kurjimmalla tavalla eli se toteutuessaan tutkimushetkellä istuvan hallituksen kaavailemalla tavalla heikentäisi merkittävästi palvelussuhteen ehtoja sekä työelämän laatua. Uudistuksen myötä nähtiin uhkana

tutkimushetkellä kunnalla ja kunnallisissa liikelaitoksissa työskentelevän henkilöstön liian nopea, suuri ja hallitsematon siirtymä kerralla maakuntakonsernien ja yksityisten yritysten palvelukseen. Myös henkilöstömitoituksien ja kelpoisuusehtojen sekä toiminnan laadun valvomista ylipäänsä pidettiin haasteellisempänä ainakin aluksi, jollei valvontaan merkittävästi enemmän panosteta.

Sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen myötä esiin nousseena merkittävänä ongelmana nähtiin yksityisen sosiaali- ja terveysalan tutkimushetken palkansaajajärjestöjen pienempi rooli, matalampi järjestäytymisaste ja aktiivien määrä verrattuna julkiseen sosiaali- ja terveysalaan. Tämän kehityksen jatkuessa tulisi vastaan ei-toivottava tilanne, jossa palkansaajien järjestäytyminen hajoaisi ja pirstaloituvassa työmarkkinakentässä työelämän haasteisiin olisi vaikea vastata. Palkansaajajärjestöillä ei olisi varaa tuottaa palveluita, aktivoida jäsenistöä eikä palkata tarvittavaa henkilöstöä, ei voimaa neuvotella parannuksia keskus- ja liittotasolla tai valvoa palvelussuhteen vähimmäisehtojen toteutumista. Luottamusmiehillä ei tällöin olisi liiton antamaa turvaa eikä mahdollisuutta neuvotella edustamansa henkilöstön palvelussuhteen ehdoista.

Ei-toivottavassa työelämässä kaikilla ei olisi varaa kouluttautua ammattiin tai aikuiskoulutukseen, kouluttautumiseen ei kannustettaisi eikä koulutuksesta olisi hyötyä, koska alan kelpoisuusehtoja olisi laskettu eikä palkkausjärjestelmä palkitsisi osaamisesta tai työn vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta.

Dystopia-skenaarion palvelussuhteen ehtoihin vaikuttaa säästöt ja säästösyistä kelpoisuusehtoja heikennettäisiin ja tehtäisiin isojakin toimenkuvan muutoksia. Maassa on toiminut useita vaalikausia ja toimii palkansaajien oikeuksista välittämätön oikeistohallitus. Valinnanvapauteen olennaisena osana sisällytetty kansalaisten vaihto-oikeus toisi pahimmillaan tullessaan sen, että palvelussuhteen ehdot, työnantaja ja työntekopaikka olisivat samat vain puoli vuotta tai vuoden kerrallaan, jolloin olisi lähinnä määräaikaisia, osa-aikaisia yms tutkimushetkellä epätyypilliseksi luettuja palvelussuhteen muotoja, joiden myötä lomat, sairauslomat tai palvelussuhdeturva olisivat nykyistä heikommat.

Dystooppiseen työelämän ja palvelussuhteen ehtojen kehitykseen vievä tulevaisuuspolku kulkee useiden perättäisten palkansaajajärjestöille vihamielisten ja niiden yhteiskunnallista valtaa heikentämään pyrkivien hallitusten kautta palvelussuhteen ehtojen heikkenemiseen ja palkansaajaliikkeen heikentymiseen ja neuvotteluvoiman vähenemiseen. Tällöin työehdoista ei sovita eikä niitä kohentavia lakeja tehdä eikä noudattamista valvota.

Myös yleinen palkansaajajärjestöjen vastainen ilmapiiri, sosiaali- ja terveysalan työn arvotuksen puute tai maksimaalisen voiton tavoittelun hyväksyminen sosiaali- ja terveysalan palveluilla vaikuttaa palvelussuhteen ehtoihin heikentävästi.

Sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen toteutuessa hallituksen kaavailemalla tavalla ilman, että siihen tehdään tulevilla hallituskausilla parannuksia, tulee heikentämään palvelussuhteen ehtoja mm. lisäten määräaikaisten määrää, heikentäen palkanmaksuvaraa ja johtaen työehtoshoppailuun.

Taloudellisen tilanteen tai verokertymän ollessa heikko tai verovarojen vähäisempi käyttö julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin heikkenevät palvelussuhteen ehdot väistämättä. Myös teknisen kehityksen viedessä työpaikkoja uusia kuitenkin tilalle tulematta tai sopivan koulutuksen puuttuessa työttömyys kasvaa ja työssä käyvien palvelussuhteen ehtoja on helpompi heikentää. Myös koulutuspolitiikka siten, että ei joko kouluteta tarpeeksi tai koulutetaan liikaa, ei ennakoida osaamistarpeita ja heikennetään opintososiaalisia etuuksia, jolloin opiskelumahdollisuudet kaventuvat, heijastuvat myös palvelussuhteen ehtoihin.

6.2.3 Todennäköiset palvelussuhteen ehdot

Haastateltavat pitivät erittäin todennäköisenä, että tutkimushetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla, erityisesti kunnissa ja kuntien liikelaitoksissa työskentelevien palkansaajien palvelussuhteen ehdot tulevat mullistumaan jo muutamana vuoden sisällä sekä lähimmän kymmenen vuoden tarkastelujakson aikana.

Hyvin todennäköisenä kehityksenä arvioitiin myös, että sote- ja maakuntauudistus tulee lähivuosina ja suurin piirtein esitetyssä muodossa ja että laki asiakkaan valinnanvapaudesta tulee toteutumaan kymmenen vuoden kuluessa jossain muodossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tilaaja ja tuottaja tullaan erottamaan toisistaan maakunnan toimiessa palveluiden tilaajana maakunnan liikelaitosten ja yhtiöiden sekä yksityisen sektorin toimiessa tuottajana. Arviolta noin puolet tällä hetkellä kunnissa työskentelevistä sosiaali- ja terveydenhuollon palkansaajista tulee työskentelemään kymmenen vuoden kuluttua maakuntakonsernin palveluksessa, noin puolet yksityisissä kansallisissa tai monikansallisissa, jopa maailmanlaajuisissa suuryrityksissä ja pieni osa yksityis- ja pienyrittäjinä pk-yritysten ajautuessa marginaaliin sote-lainsäädännössä esitetyn sote-keskuksen laajuisten palveluntuottamis-kokonaisuuden vaatimusten vuoksi. Tämän kokonaisuuden nähtiin olevan suurin palvelussuhteen ehtoja mullistava tekijä.

Haastateltavat pitivät todennäköisenä, että hallituksen julkilausuttu 3 miljardin säästötavoite vuoteen 2030 mennessä ei tule toteutumaan julkilausutuilla keinoilla, kuten integraatiolla tai tietojärjestelmien kehittämisellä, mikäli sote- ja maakuntauudistus ja ennen kaikkea laki asiakkaan valinnanvapaudesta tutkimushetkellä saatavien tietojen mukaisina esityksinä toteutetaan. Jotta sosiaali- ja terveystieteiden integraatio voidaan aidosti toteuttaa nähtiin todennäköisenä, että virkamiehiä ja keskijohtoa tarvitaan tutkimushetken tilannetta huomattavasti enemmän integraatiota suunnittelemaan, toteuttamaan ja valvomaan.

Tämä tulee asettamaan entistä suurempia haasteita riittävälle resursoinnille ja nähtiin aiheuttavan paineita henkilöstömitoituksen, kelpoisuusehtojen sekä osaamis- ja palvelutason laskemiseen. Tämän nähdään vaikuttavan heikentävästi henkilöstön mahdollisuuksiin tehdä työtä eettisesti korkeatasoisesti, työvuorojen muuttelun, tuplavuorojen ja sijaispulan lisääntyessä, jonka vuoksi

sosiaali- ja terveysalan työntekijät tulevat uupumaan ja vaihtamaan alaa entistä useammin.

EK:n ei uskottu muuttavan sääntöjään lähivuosina siten, että keskusjärjestösopimukset olisivat mahdollisia. Tämänkin vuoksi todennäköisenä pidettiin, että tutkimushetkellä voimassa oleva kilpailukyky sopimus olisi kertaluontoinen, joskin leikkausvaatimuksia palvelussuhteen ehtoihin ja sosiaaliturvaan nähtiin tuotavan neuvottelupöytään tai lainsäädäntöesityksiksi myös jatkossa. Työehtosopimusten yhtenäistymiseen läpi koko työmarkkinajärjestökentän palkansaajajärjestöjen solidaarisuuden avulla ei pidetty todennäköisenä. Sen sijaan palkansaaja- ja työnantajajärjestöjen työehtosopimusjärjestelmän ja yleissitovuuden säilymistä pidettiin todennäköisenä. Liittotasolla ja lainsäädännöllä nähtiin sovittavan myös kymmenen vuoden kuluttua palvelussuhteen vähimmäisehdot.

Työnantajajärjestöistä KT:n nähtiin olevan tulevaisuudessa neuvotteluosapuoli jakautuen kuntasektoriin, maakuntasektoriin ja maakuntakonsernin omistamaan yrityssektoriin maakunnallisista palvelussuhteen ehdoista neuvoteltaessa. HALI:n ja mahdollisesti muiden yksityisten työnantajajärjestöjen roolin nähtiin kasvavan huomattavasti yksityisen ja yrityssektorin sosiaali- ja terveysalan henkilöstömäärän kasvun myötä.

Palkansaajajärjestöjen keskinäisestä roolista sosiaali- ja terveysalan palkansaajien palvelussuhteen ehtojen neuvottelijana oli erilaisia näkökulmia ja epävarmuutta. Kaikkien kunnallisten sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteista neuvottelevien palkansaajajärjestöjen neuvotteluasema tulee todennäköisesti lyhyellä aikavälillä olemaan tutkimushetken kaltainen. Mitkä järjestöt saavat neuvotteluoikeudet maakunnallisen työ- ja virkaehtosopimusjärjestelmään, oli haastatteluiden teko hetkellä auki. Useimmat haastateltavat pitivät todennäköisenä, että kaikki kunta- puolen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteista tutkimushetkellä neuvottelevat järjestöt neuvottelevat niistä myös kymmenen vuoden kuluttua. Kuitenkin erityisesti koulutettua hoitohenkilöstöä edustavien palkansaajajärjestöjen ajama koulutettujen hoitohenkilöstön oma työehtosopimus voisi läpimennessään vähentää neuvotteluosapuolten määrää tutkimushetken tilanteeseen nähden.

Myös palkansaajajärjestöjen jäsenmäärän kehitys sekä kokonaisuudessaan että järjestöjen kesken tulee vaikuttamaan siihen, mitkä palkansaajajärjestöt sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdoista tulevaisuudessa neuvottelevat. Toisaalta yksityisen puolen henkilöstön määrän lisääntymisen sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen myötä nähtiin mahdollistavan myös korkeamman palkansaajajärjestöjen jäsenmäärän ja sitä kautta neuvotteluvoiman ja palvelussuhteen ehdot yksityisellä sosiaali- ja terveyssektorilla tulevaisuudessa.

Sosiaali- ja terveysalan ja yleensäkin julkisen sektorin työ- ja virkaehtosopimusten määrä tulee haastateltavien mukaan todennäköisesti melko samana kuin tutkimushetkellä maakunnallisella työ- ja virkaehtosopimuksella täydennettynä. Osa haastateltavista piti joko koko sosiaali- ja terveysalan tai julkisen sektorin koulutetun hoitohenkilöstön omaa työehtosopimusta todennäköisenä, suurin osa ei. Mikäli koko sosiaali- ja terveysalalle luotaisiin oma työ- ja virkaehtosopimus, jota kaikki sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavat tahot noudattaisivat työntekijöihinsä, ei työnantajan muodolla olisi merkitystä palvelussuhteen ehtoihin ja työehtoshoppailua olisi vähäisempää.

Toisaalta mikäli julkisen sektorin koulutetulla hoitohenkilöstöllä olisi oma työehtosopimus, muodostaisi se kuilun sosiaali- ja terveysalan henkilöstön ja muun julkisen sektorin ja maakuntakonsernin henkilöstön välillä. Osa haastatelluista näki tässä todennäköisen palkkojen eriytymisen, palvelussuhteen ehtojen heikentämisen- ja työehtoshoppailukehityksen. Lääkäreiden oman työ- ja virkaehtosopimuksen pysymistä pidettiin laajalti todennäköisenä.

Todennäköisenä pidettiin, että kunnallisen sosiaali- ja terveysalan palkansaajat siirtyvät sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen astuttua voimaan kunnin muodostettavan maakunnan alueella liikkeenluovutuksella kunnista ja kunnallisista liikelaitoksista maakuntakonsernin palvelukseen, sillä tästä oli toisen kommenttikierroksen aikana ehditty juuri ehditty sopia. Yhtä todennäköisenä kuitenkin nähtiin, että sellaista viiden vuoden palvelussuhdeturvaa ja

irtisanomissuojaa kuin kuntaliitoksien yhteydessä henkilöstöllä ollut, ei tule ja palvelussuhteen ehdot tulevat heikkenemään kymmenen vuoden tarkastelujakson aikana, sillä myös tästä oli alustavasti sovittu. Osa haastatelluista näki todennäköisenä työehtoshoppailun ja työehtojen heikentymisen vaihdostilanteiden vuoksi, osa taas näki nk. Lonka-plus –sopimuksen toteutumisen todennäköisenä.

Suurin osa haastatelluista asiantuntijoista piti todennäköisenä, että palvelussuhteen ehdot ja työmarkkinat tulevat tulevaisuudessa polarisoitumaan. Korkeakoulutetut, ammattitaitonsa ajan tasalla pitävät, erikoisosaajat ja henkilöt, jotka jo asuvat seudulla, joissa on pula osaajista tai ovat valmiita muuttamaan sellaiselle seudulle, säilyttävät hyvän työmarkkina-asemansa. Myös merkittävää julkista valtaa käyttävien virkaehdot arvioitiin sosiaali- ja terveysalan keskivertohenkilöstöä paremmiksi mm. siksi, että lainsäädäntö velvoittaa heitä olemaan ja toimimaan julkisella sektorilla myös tulevaisuudessa. Nämä palkansaajat voivat ja osaavat myydä aikaansa, tietotaitoansa ja kilpailuttaa työnantajia ja näin neuvotella itselleen muita ja tutkimushetkeä paremmat palvelussuhteen ehdot. Näin nähtiin tapahtuvan erityisesti terveysalalla.

Suurimman osan henkilöstöstä nähtiin jatkossa työskentelevän heikommilla palvelussuhteen ehdoilla ja pienemmällä henkilöstömitoituksella kuin tutkimushetkellä. Mm. ilman ammattitutkintoa olevat tai alemman tutkinnon suorittaneet joutuvat tyytymään tutkimushetkeä heikompiin työsuhteen ehtoihin. Todennäköisenä nähtiin, että kelpoisuusehtoja tullaan madaltamaan ja erityisesti toisen asteen koulutuksen töitä yhdistelemään ja teknisiä ja hallinnollisia töitä, mm. sihteerin tullaan sulauttamaan sosiaali- ja terveysalan töihin. Myös palkansaajien itsensä toivomana, mutta hyvin pitkälti työnantajan sanelemana silppu-, pätkä-, osa-aika- ja Oh-työsuhteen muotojen nähtiin yleistyvän suhteessa kokonaikaiseen ja vakituiseen.

Yksin- ja pienyrittäjyyden joko pakon edessä tai omasta valinnasta nähtiin lisääntyvän tulevaisuudessa. Näin ollen näiden työtä tekevien status muuttuisi palkansaajasta yrittäjäksi ja heidän turvakseen jäisivät vain minimilainsäädäntö. Pienyrittäjyydelle uskottiin olevan kysyntää pienillä paikkakunnilla, joissa väestöpohja ei ole riittävä suuryrityksille ja jonne ne eivät ole tämän vuoksi tulossa, ellei lainsäädännön kautta niitä velvoiteta huolehtimaan myös syrjäseuduista ja lähipalveluista. Näiden nähtiin heikentävän tosiasiallisia palvelussuhteen ehtoja ilman, että työ- ja virkaehtosopimuksissa tapahtuisi heikennyksiä.

Paikallisen sopimisen arvioitiin tapahtuvan yleissitovien työ- ja virkaehtosopimusten raamien sisällä, mutta raamien olevan aiempaa väljempiä ja asioista sovittavan laajemmin, myös työajasta ja palkasta. Sote- ja maakuntauudistuksen myötä työnantajayksiköiden nähtiin olevan suurempia, jolloin päätoimisten luottamusmiesten määrä kasvaisi. Tällä nähtiin olevan positiivisia vaikutuksia.

Maakuntien nähtiin olevan tulevaisuudessa hyvin erilaisessa asemassa toisiinsa nähden mm. valinnanvapauslain vuoksi. Todennäköisenä nähtiin, että sosiaali- ja terveysalan palveluiden aitoa markkinatilannetta ei synny suurten kaupunkien ja kaupunkiseutujen ulkopuolelle eikä niille saada houkutelua osaavaa henkilöstöä samoilla työehdoilla. Tämän vuoksi mahdollisena nähtiin palvelussuhteen ehtojen tulevan eroamaan jonkin verran alueellisesti.

Luottamusmiehen nähtiin olevan neuvotteluosapuoli paikallisesti sovittaessa ja useat haastateltavat näkivät paikallisen sopimisen voivan laajentua vain, jos luottamusmiehen asemaa ja perehtyneisyyttä parannetaan ja neuvottelut ovat aitoja molempia osapuolia tyydyttäviä joustavia parannuksia palvelussuhteen ehtoihin. Luottamusmiehen koulutustason ja aseman nähtiin todennäköisesti nousevan myös siksi, että sote- ja maakuntauudistuksessa luotava uusi työnantaja- ja sopimisen taso tarvitsee palvelussuhteen ehdot osaavan neuvottelupuolen myös palkansaajapuolelle.

Työaikalain piirissä arvioitiin olevan vain osa sosiaali- ja terveysalan henkilöstöstä. Mahdollisuudet vaikuttaa omaan työaikaan nähtiin riippuvan entistä enemmän työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista, kuten asemasta, koulutuksesta ja neuvottelutaidoista. Työajan uskottiin pysyvän keskimäärin 8 tunnissa per päivä, mutta joustavan entistä enemmän ja palkansaajan asemasta riippuen työnantajan ja palkansaajan tai molempien tarpeiden ja toiveiden mukaan. Työaikamuotojen arvioitiin erilaistuvan ja muuttuvan joustavammiksi työnantajan ja työn ja jonkin verran myös työntekijän tarpeesta riippuen. Kolmivuorotyö nähtiin edelleen säilyvän, samoin yleistyöajan. Näiden rinnalla työaikapankkien, etätöön, tuplavuorojen ja pätkityn työpäivän nähtiin kehittyvän ja yleistyvän.

Työmatka-aikana tehdyn työn arvioitiin luettavan työajaksi edelleen vain tapauskohtaisesti ja yksilöllisesti sovittavaksi. Työaikalakiin sitä ei uskottu kirjattavan. Kasvotusten tehtävän työn määrän nähtiin säilyvän suurena sosiaali- ja terveysalan luonteen vuoksi, vaikka työn arvioitiinkin edelleen teknistyvän ja mobilisoituvan ja antavan useissa työtehtävissä mahdollisuuden osittaiseen työntekoon paikasta riippumattomasti. Todennäköisenä nähtiin työvuorolistojen autonomisen suunnittelu laajeneminen, joskaan ei kaikille työpaikoille.

Vuosiloman pituuden uskottiin toisaalta heikkenevän, toisaalta pysyvän saman pituisena kuin tutkimushetkellä. Tässäkin arvioitiin tapahtuvan todennäköisesti polarisoitumista. Haastateltavat pitivät vuosilomia sellaisena palvelussuhteen ehtona, jota palkansaajat pitävät hyvin tärkeänä ja joihin ei haluttu kajota. Vuosilomalakiin ei arvioitu tulevan muutoksia ja työntekijöiden uskottiin voivan neuvotella ajankohdasta keskimäärin kuten tutkimushetkelläkin. Kunnallisella sosiaali- ja terveysalalla tutkimushetkellä työskentelevien tosiasiallisten vuosilomien määrän arvioitiin todennäköisesti kuitenkin vähenevän silppu-, pätkä-, osa-aika- ja Oh-työelämän yleistyessä, yksinyrittäjyyden lisääntyessä, yksityiselle sektorille siirryttäessä sekä työehtoshoppailun myötä.

Palkkausjärjestelmän nähtiin kehittyvän todennäköisesti työnantajan päätösvaltaa lisäävään suuntaan. Todennäköisenä pidettiin palkkausjärjestelmän kehittämistä siten, että siinä pystytään tutkimushetkeä hieman paremmin huomioimaan koulutusta, työn vaatavuutta ja vaikuttavuutta ja ennen kaikkea tulokselisuutta. Palkanmaksajana nähtiin jatkossa olevan yrityksen tai maakuntakonsernin sekä yhä useammin asiakkaan asiakasmaksujen noustessa. Palkkatason uskottiin toisaalta kohoavan, toisaalta laskevan. Kovaa painetta nostaa palkkatasoa vuosien ansiotason vähäisten, nollakorotusten ja kilpailukyky sopimuksen myötä heikennysten jälkeen haastateltavien mukaan oli, toisaalta sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen sekä jatkuvan taantumien ja istuvan hallituksen mahdollisen jatkon vuoksi epäiltiin sittenkin laskevan. Polarisoitumista nähtiin tapahtuvan tässäkin asiassa.

Useassa haastattelussa nousi myös palvelussuhteen ehdoissa ja niiden valvonnassa sekä alueittain että yrityksen koon mukaan tapahtuva polarisoituminen. Tutkimushetkellä olemassa olevan tilanteen arvioitiin todennäköisesti jatkuvan sikäli, että isoissa kansallisissa ja monikansallisissa yrityksissä on mahdollista neuvotella koko maan kattavia yrityskohtaisia sopimuksia kerralla isolle joukolle, luoda liittorakenne luottamusmiehineen ja vaikuttaa epäkohtiin keskimäärin pieniä ja keskisuuria yrityksiä paremmin. Sosiaaliturvan, myös työttömyysturvan, uskottiin todennäköisesti olevan heikommalla tasolla kuin tutkimushetkellä heikentämisyrittämisistä huolimatta.

Todennäköisen skenaarion taustalla on tiettyjä oletuksia, kuten muissakin skenaarioissa. Tulevaisuus on kuitenkin aina arvoitus ja koska tutkimushetkellä on käynnissä mm. sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistus sisältäen Suomen historian suurimman henkilöstön siirron, keskusjärjestöjen rooli hakee EK:n sopimusmuutosten myötä paikkaansa ja muutoksen tahti maailmassa ylipäänsä on alati kiihtyvää, ollaan poikkeuksellisen haasteellisessa arviointitilanteessa eikä muutoksen suuruutta tai suuntaa voida varmuudella ennustaa.

Tässä todennäköisysskenaariossa oletetaan, että sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistus menee läpi suurin piirtein tutkimushetkellä istuvan hallituksen esitysten mukaisesti ja että sitä parannellaan jonkin verran kymmenen vuoden aikana palkansaajien kannalta toivottavampaan suuntaan suurimpien esille tulevien ongelmien osalta. On myös oletettu nykyisen edustuksellisen demokratian muodon säilyvän nykyisellään eduskunnan toimiessa lainsäätäjänä ja viranomaisten ja palkansaajajärjestöjen valvoessa niiden toteutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon oletetaan mullistuvan, mutta kuitenkin olevan pitkälti julkisesti rahoitettua ja melko kattavaa palvelutason ja koko kansan osalta.

Monen muunkin asian oletetaan pysyvän jokseenkin ennallaan tulevan kymmenen vuoden kuluessa. Oletuksena on mm., että työehtosopimustoiminta säilyy, työnantajat ovat järjestäytyneitä, palkansaajajärjestöjen jäsenkehitys jatkaa pitkään jatkunutta kehitystään, työntäjän vallan ja paikallisen sopimisen lisääntyminen jatkuu maltillisesti. On myös oletettu, että globaalissa taloudellisessa ja poliittisessä tilanteessa tapahdu suuria palvelussuhteen ehtoihin asti vaikuttavia mullistuksia. Skenaariossa myös oletetaan palvelussuhteesta neuvoteltavan yhä liittotasoisesti ja työmarkkinajärjestöjen kykenevän ja tahtovan toimia yhteistyössä työpaikat säilyttäen, osaavaa henkilöstöä käyttäen ja luottamusmiehellä edelleen olevan neuvotteluasema.

Tämä skenaario ei kuitenkaan välttämättä toteudu, mikäli jokin osanen muuttuu tai jokin seikka, mikä ei haastatteluissa tullut syystä tai toisesta ilmi, vaikuttaakin voimakkaasti arvaamattomin seurauksin. Esimerkiksi jos valinnanvapaus poistuisi kokonaan tai tulisi paljon lievemässä muodossa tai toteutuu käytännössä yhdessä asiakasmaksulainsäädännön niin, että yksityiset sosiaali- ja terveysalan yritykset eivät ole kiinnostuneita tai niiden ei ole kannattavaa ottaa hoitaakseen sote-keskuksia. Tällöin henkilöstö ei siirry niin suurissa määrin yksityiselle sektorille eikä välttämättä tapahdu niin paljon polarisoitumista ja työehtoshoppailua.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia suhteessa aikaisempiin tutkimustuloksiin, esitetään tuloksista tehtyjä johtopäätöksiä, pohditaan saatujen tulosten merkitystä ja esitetään jatkotutkimusehdotuksia.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Haastateltavien asiantuntijoiden käsitykset ja niistä analysoidut tutkimuksen keskeiset tulokset olivat hyvin samansuuntaisia ja konsistentteja kuin aiemmat tutkimukset yleisesti tulevaisuuteen, työelämään ja työehtoihin vaikuttavista megatrendeistä ja tulevaisuudenkuvista (Helander & Nylund 2012; Hiltunen 2017; SAK 2016 b; Sitra 2017; Metsämuuronen 1998; TEM 2015 a; TEM 2015 b). Samojen maailmanlaajuisten megatrendien nähtiin vaikuttavan niihin kuin maailmaan ja työelämään yleensäkin. Kuitenkin koska sosiaali- ja terveystalouden palvelussuhteen ehtoja ei ole juurikaan tutkittu Suomessa aiemmin ja koska tilanne on monella tapaa poikkeuksellisen ja muuttunut esim. TEM:n 2015 raportin ja Metsämuuronen 1998 tutkimuksen jälkeen, oli tarpeellista saada ajantasaista ja erityisesti sosiaali- ja terveystalouden palvelussuhteen ehtoja koskevaa tutkimustietoa.

Myös sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen vaikutusten osalta tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin sitä arvioineiden muidenkin asiantuntijoiden valistuneet arviot (Alueuudistus 2017 c). Tutkimustulokset yksityisen hoiva-alan kasvun ja työntekijöiden aktivoitumisen sekä palkansaajajärjestöjen yhteistyön merkittävästä vaikutuksesta työehtoihin olivat samankaltaiset kuin Sosiaalialan Työnantajien arvio (Sosiaalialan Työnantajat 2013).

7.2 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli hahmotella skenaarioita, jollaisiksi tutkimushetkellä julkisen sosiaali- ja terveystalouden palvelussuhteen ehdot tulevaisuudessa voivat kehittyä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tulevaisuuden julkisen sosiaali- ja terveystalouden palvelussuhteen ehdoista tietoa erilaisten skenaarioiden muodossa ja

näiden avulla mahdollistaa tulevaisuuden palvelussuhteen ehtojen muokkaaminen palkansaajien arvojen mukaiseen suuntaan.

Tässä luvussa vastataan tutkijan asettamiin tutkimuskysymyksiin ”Millaisilla ehdoilla julkisella sosiaali- ja terveysalalla tutkimushetkellä työskentelevät palkansaajat tulevaisuudessa työskentelevät?” ja ”Millä keinoin päästään palkansaajan näkökulmasta parhaimpiin palvelussuhteen ehtoihin?”.

Todennäköiset työehdot sosiaali- ja terveysalalla kymmenen vuoden kuluttua

Tutkimushetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla, erityisesti kunnissa ja kuntien liikelaitoksissa työskentelevien palkansaajien palvelussuhteen ehdot tulevat mullistumaan erittäin todennäköisesti jo muutaman vuoden sisällä sekä lähimmän kymmenen vuoden tarkastelujakson aikana.

Yhtenä johtopäätöksenä voidaan todeta, että tulevaisuuden kehittyessä haastateltavien arvioiden mukaisesti julkisen sosiaali- ja terveysalan palkansaajat eivät tule työskentelemään lähimmän kymmenen vuoden sisään haastateltavien kertomilla toivottavilla palvelussuhteen ehdoilla eivätkä työelämä ja palvelussuhteen ehdot toisaalta tule kehittymään myöskään kurjimmaksi mahdolliseksi skenaarioksi.

Isoimpana muutoksena ja palvelussuhteen ehtoja muokkaavana tekijänä on sote-, maakunta- ja valinnanvapaisuudistuksen myötä on kuntien ja kuntien liikelaitosten sosiaali- ja terveysalan lähes koko henkilöstön työ- ja virkaehtosopimuksen vaihtuminen muutaman vuoden kuluessa. Henkilöstö tulee aluksi siirtymään liikkeenluovutuksen periaattein maakuntakonserniin eli maakunnallisten liikelaitosten ja yhtiöiden palvelukseen, jolloin maakunnasta tulee uusi iso palvelussuhteen ehtojen sopimisen taso. 10 vuoden kuluessa arviolta puolet tästä henkilöstöstä työskentelee maakuntakonsernin palveluksessa maakunnallisten työ- ja virkaehtosopimusten puitteissa ja puolet yksityisellä sosiaali- ja terveyssektorilla yksityisen sektorin työehtosopimusten puitteissa.

Saaduista tuloksista voidaan päätellä, että sosiaali- ja terveysalan palkansaajat tulevat työskentelemään entistä epävakaammilla työmarkkinoilla polarisoitunein palvelussuhteen ehdoin. Polarisoitumista tulee tapahtumaan niin alueellisesti, yrityksen koon, alojen, ammattiryhmien ja koulutustason kuin vakituisten ja epätyypillisissä työsuhteissa olevien välillä erityisesti palkkojen, työaikojen, työskentelyolosuhteiden osalta. Suurin osa tulee työskentelemään heikommilla palvelussuhteen ehdoilla, pienemmällä henkilöstömitoituksella ja nollatunti-, silppu-, pätkä-, ja osa-aikaiset työsuhteet tulevat lisääntymään pienen osan säilyttäessä hyvän työmarkkina-asemansa tutkimushetken tilanteeseen verrattuna.

Lainsäädäntö ja yleis- ja normaalisitovat työ- ja virkaehtosopimukset määrittävät tulevaisuudessakin työelämän ja palvelussuhteen ehtojen vähimmäismääräykset sekä ehdot, jotka paikallisesti ja työsopimuksessa ovat sovittavissa. Työ- ja virkasuhteen ehtojen neuvottelujärjestelmä säilyy pitkälti tutkimushetken kaltaisena. Palkansaajalla ja luottamusmiehellä on mahdollisuus vaikuttaa palvelussuhteen ehtoihinsa, joskin aiempaa vähemmän.

Keinot sosiaali- ja terveysalan palkansaajien kannalta parempiin työehtoihin pääsemiseksi

Todennäköisin skenaario ei kuitenkaan välttämättä toteudu. Tämä johtuu kokonaisuudesta ja suuresta määrästä muuttujia, joiden vaikutussuhteet ovat monimutkaisia. Tutkimuksessa saadut tulokset osoittivat neljän ison kokonaisuuden eli poliittisen päätöksenteon, työehtosuhdetoiminnan sekä taloudellisen ja teknisen kehityksen vaikuttavan sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtoihin tulevaisuudessakin. Näihin kokonaisuuksiin ja niiden osa-alueisiin vaikuttamalla on mahdollista muuttaa todennäköistä skenaariota palkansaajan näkökulmasta toivotavampaan suuntaan.

Saaduista tuloksista voidaan päätellä, että jotta sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdot voisivat olla palkansaajien näkökulmasta parempia kuin haastateltavien arvion mukaiset todennäköisen skenaarion ehdot, on palkansaajajär-

jestöjen istuttava niissä pöydissä, joissa työehdoista päätetään niin globaalisti, valtakunnallisesti kuin paikallisesti. Neuvotteluoikeuksien säilymiseksi ja neuvotteluvoiman lisäämiseksi tarvitaan palkansaajajärjestöiltä uudistumiskykyä ja aktiivisuutta, useimpien haastateltavien mielestä myös laajasti yhteiskuntasuhdetoimintaa.

Parempia palvelussuhteen ehtoja edistääkseen myös palkansaajien itsensä on aktivoitettava ja tehtävä yhteistyötä sekä työpaikoilla, yleisesti yhteiskunnallisesti että palkansaajaliikkeen jäsenenä ja aktiiveina. Poliittisia voimasuhteita palvelussuhteen ehtojen näkökulmasta edullisemmiksi voi muuttaa äänestämällä ja yhteiskunnallisesti aktiivisena olemalla. Tutkimustoiminnan avulla voidaan vakuuttaa päättäjät ja työnantajapuoli palvelussuhteen ehtojen kehittämisen mielekkyydestä.

Uhkakuvien, kuten työehtoshoppailun, epätyypillisten työsuhteiden muuttumista tyypilliseksi työn teettämisen muodoksi tai muiden työelämän ja palvelussuhteen ehtojen heikentämiskehitysten, tunnistaminen ja aktiiviset toimet niiden torjumiseksi on onnistuttava, jotta paremmat työehdot olisivat mahdollisia.

Ennen sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen tuloa on mahdollista yhteistyössä työnantajajärjestöjen kanssa kehittää neuvottelujärjestelmää ja turvata palvelussuhteen ehtojen säilyminen ja kohentuminen esim. Lonka plus – sopimuksella sekä luottamusmiehen asemaa vahvistamalla. Henkilöstön siirtymisen jälkeen palvelussuhteen ehtoja voidaan parantaa luomalla liittorakenne joka työpaikalle ja aktivoimalla jäsenistöä työpaikoilla.

Voidaan todeta, että tutkimuksessa saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

7.3 Pohdinta

Tutkimusprosessin aikana tutkijalle syntyi ymmärrys palvelussuhteen ehtojen hyvin laajasta ja monimutkaisesta maailmasta, johon vaikuttavat lähes kaikki globaalit ja kansalliset tapahtumat ja jotka toisaalta vaikuttavat merkittävästi jokaisen ihmisen elämään sekä kansallisesti että globaalisti. Palvelussuhteen ehtojen kehittymiskaari ja moninaiset vaiheet sekä tämän hetken murrostila, muutoksen nopeus

ja siihen vaikuttaminen toivat haasteita, mutta antoivat myös mahdollisuuden laajaan ja näkemykselliseen tutkimukseen.

Jo tutkimuksen alussa oli havaittavissa, kuinka hajanaista tietoa ja tutkimus sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen kehittymisestä ja tulevaisuudesta, ehkä sosiaali- ja terveysalan erilaisista lähtökohdista ja kehityksestä johtuen, oli, ja kuinka vähän aiheesta oli tehty tutkimuksia. Yleisesti työn muutosta on tutkittu paljon ja luotu erilaisia skenaarioita, sosiaali- ja terveysalan työn ja osaamistarpeiden muutokseen nimenomaisesti keskittyen mm. Metsämuuronen (Metsämuuronen 1998). Myös palvelussuhteen ehtojen historiasta löytyi tietoa, joskaan hajanaisesti. Tämä opinnäytetyö onkin sikäli merkittävä, ettei vastaavia ole juuri tehty ja koska sosiaali- ja terveysalan ja alan palvelussuhteen ehdot ovat ennakoitujen poikkeuksellisten suurten mullistusten myötä myötä muuttumassa, on tutkimus erityisen ajankohtainen.

Tutkimukseen haastatellut asiantuntijat ovat olleet aidosti kiinnostuneita tutkimukseen osallistumisesta ja tutkimuksen tuloksista. Tämä on ollut aivan olennaista tutkimuksen onnistumisen ja valmistumisen kannalta.

Koska uutta tietoa niin sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksesta kuin työehtosuhdetoiminnasta ja teknisestä ja talouskehityksestä tulee jatkuvasti, saattaa tässä opinnäytetyössä esitetyt skenaariot olla julkaisuhetkellä jo hiukan vanhentuneita. Tulevaisuuden tutkimuksen tehtävänä ei kuitenkaan olekaan antaa valmiita vastauksia ja toimintamalleja, vaan tarjota näkemyksellisiä skenaarioita ja työkaluja paremman tulevaisuuden saavuttamiseksi, sillä tulevaisuus on pitkälti sellainen kuin ihmiset siitä tekevät. Skenaariot auttavat hahmottamaan tehtävien päätösten vaikutuksia, kerrannaisvaikutuksia ja kauaskantoisia seurauksia.

Opinnäytetyön tulokset heijastelevatkin asiantuntijoiden tuntoja ja näkemyksiä juuri tutkimushetken tilanteesta käsin, vaikka tulevaisuuteen katsovatkin. Haastatteluissa ei tutkijan näkemyksen mukaan siksi tullut esiin erityisesti valtion sosiaali- ja terveydenhuollon työehtojen tulevaisuuden kehitys. Näin luultavasti siksi, että tunnin haastattelussa eikä kommenttikierroksellakaan ehditä koko laajaa il-

miötä ja sen tulevaisuutta käsitellä ja koska niistä ei erikseen kysytty. Toisekseen valtion sosiaali- ja terveysalan henkilöstö ovat jäämässä sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen ulkopuolelle, jolloin henkilöstön työnantaja, työehtosopimus, työntekopaikka tai palvelussuhteen ehdot eivät muutu. Tutkija pitää kuitenkin todennäköisenä, että kaikki muut Vaikuttavat tekijät -kuvion vaikuttavat tekijät vaikuttavat myös valtion sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö palvelussuhteen ehtoihin ja että muun julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen muutokset heijastuvat ja vaikuttavat pitkällä aikavälillä myös valtion henkilöstön virka- ja työehtoihin.

Tutkija toivoo tämän tutkimuksen kuluvan monen käsissä ja toimivan tietynlaisena herättäjänä, sillä muutos lähtee kyvystä nähdä parempi tulevaisuus. Palvelussuhteen ehdot sosiaali- ja terveysalallakaan eivät synny itsestään, vaan ovat jatkuvan neuvottelun kohteen. Niihin on mahdollista vaikuttaa, vaikka ne ovatkin moninaisten intressien kohteena ja niihin vaikuttavat monimutkaiset osittain ennalta-arvaamattomat tekijät ja kehityskulut. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää pohdittaessa keinoja palkansaajien näkökulmasta parhaimpiin palvelussuhteen ehtoihin pääsemiseksi.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset

Sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdot ja niiden muodostuminen ovat laaja kokonaisuus. Tämä opinnäytetyö on ensimmäinen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen tulevaisuutta Suomessa käsittelevä tutkimus. Tutkimus kaipaa kuitenkin tuekseen muita toisaalta aihetta laaja-alaisemmin käsittelevää ja heterogeenisempää ja laajempaa haastattelujoukon käsittävää tutkimusta ja toisaalta tiettyihin palvelussuhteen ehtoihin, kuten työaikoihin, palkkaukseen, työsuhdemuotoon ja työsuhteen pysyvyyteen keskittyviä tutkimuksia. Kiinnostavaa olisi myös tutkia, tulevatko eri palkansaajaryhmien väliset erot kaventumaan tai kasvamaan tulevaisuudessa ja onko alojen naisvaltaisuudella tai alojen muuttuneilla sukupuolijakaumilla merkitystä. Kiinnostavaa olisi myös tutkia, muuttuisiko sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehdot, jos sosiaali- ja terveysalasta tulisi vientituote.

Sote-, maakunta- ja valinnanvapausuudistuksen oltua voimassa muutamia vuosia olisi mielenkiintoista tutkia, mihin suuntaan työehdot reaalisesti kehittyivät ja mitkä ovat tuolloin tulevaisuuden palvelussuhteen ehtojen kehitysnäkymät. Esimerkiksi julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen vertaamista työ- ja virkaehtosopimusten välillä ja niiden kehityskaarta olisi kiinnostavaa tutkia. Saatuja tuloksia voitaisiin jatkotutkimuksissa verrata vastaaviin sekä tutkimushetkellä lähimpänä oleviin pohjoismaisiin, eurooppalaisiin tai toisaalta sosiaali- ja terveysalaa uudistaneisiin kehittyvien maiden palvelussuhteen ehtoihin ja niistä tehtyihin tutkimuksiin.

Koska tässä opinnäytetyössä tutkittiin tutkimushetkellä julkisen sosiaali- ja terveysalan palvelussuhteen ehtojen tulevaisuutta, valittiin tutkimukseen haastateltaviksi vain tutkimushetkellä julkisen sektorin palvelussuhteen ehtoja neuvottelevien työehtosopimusneuvottelijoiden asiantuntijoita. Jatkotutkimuksen kannalta olisi kuitenkin hedelmällistä haastatella myös esimerkiksi työnantajajärjestö HALIa, koska tutkimustulokset osoittavat, että tutkimushetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät tulevat jatkossa työskentelemään enenevässä määrin yksityisellä sosiaali- ja terveysalalla.

Jatkotutkimuksia voisi organisoida palkansaaja- ja työnantajajärjestöjen tai niitä lähellä olevien tutkimussäätiöiden kautta.

LÄHTEET

Ahokas, J. Honkatukia, J. Lehmus, M. Niemi, J. Simola, A & Tamminen, S. 2015. Työvoiman tarve Suomen taloudessa vuosina 2015-2030. Viitattu 3.5.2017. <http://vatt.fi/documents/2956369/3012201/t181.pdf>

Akava. 2013. Suomen terveydenhoitajaliitto 75 vuotta – terveydenhoitajat edelleen keskeisiä asiantuntijoita kansansairauksien ehkäisemisessä. Viitattu 15.5.2017. https://www.akava.fi/uutishuone/ajankohtaiset/akavayhteison_uutisia/akavayhteison_uutisia_arkisto/suomen_terveydenhoitajaliitto_75_vuotta_terveydenhoitajat_edelleen_keskeisia_asiantuntijoita_kansansairauksien_ehkaisyemisessa.8144.news

Akava. 2015. Akavan strategia 2016-2023. Viitattu 3.5.2017. <http://www.akava.fi/akava/strategia>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. Tampere. Vastapaino.

Alasuutari, P. 2014. Laadullinen tutkimus 2.0. 5 p. Riika. Vastapaino

Alueuudistus 2016. Muistio. Valinnanvapauslainsäädännön alustavaa arviointia. Viitattu 27.2.2017.

Alueuudistus 2017 a. Asiakkaan valinnanvapaus. Viitattu 3.5.2017. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>

Alueuudistus 2017 b. Etusivu. Viitattu 2.5.2017. <http://alueuudistus.fi/etusivu>

Alueuudistus. 2017 c. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi. Viitattu 2.5. 2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf/05df0eec-7625-435a-b462-667279f2d029>

Alueuudistus. 2017 d. Lausuntopalautteen ja arviointineuvoston lausunnon perusteella valinnanvapauslakia koskevaan hallituksen esitysluonnokseen tehdyt muutokset. Viitattu 17.5.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4663611/Lausuntopalautteen+perusteella+tehdyt+muutokset+valinnanvapauslakiin%2C+muistio+5.5.2017.pdf/c43c7021-3bba-489e-9700-202540c54905>

Alueuudistus 2017 e. Lyhennelmä ehdotetusta asiakkaan valinnanvapausmallista. Viitattu 17.5.2017. <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/4044011/Lyhennelmä+ehdotetusta+asiakkaan+valinnanvapausmallista+31.1.2017.pdf/8c8c2725-a6b6-42bc-aad3-86b5bab6af3b>

Alueuudistus 2017 f. Hallituksen esitysluonnos: Maakuntauudistuksen täytäntöönpano ja valtion lupa-, ohjaus- ja valvontatehtävien uudelleenorganisointi. Viitattu 3.5.2017. <http://alueuudistus.fi/hallituksen-esitysluonnos-huhtikuu2017>

Anttonen, A & Sipilä, J. 2011. Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Jyväskylä. Vastapaino.

Arvidsson, P. Kairinen, M. Murto, J. & Uhmavaara, H. Paikallinen sopiminen kunta- ja valtiosektoreilla. 2008. Turku. Turun yliopiston ja Åbo Akademin kirjapaino Uniprint.

Bergholm, T. 2015. Kaksoissidoksen synty – Suomen työmarkkinasuhteiden toimintatavan muotoutuminen 1944-1969. Helsinki. Hansaprint.

Bruun, N. & Von Koskull, A. 2012. Työoikeuden perusteet. 2. Painos. Helsinki. Talentum.

Demos Helsinki. 2017. Työ 2040. Viitattu 17.5.2017. <http://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2017/01/Työ-2040-Skenaarioita-työn-tulevaisuudesta.pdf>

EK 2015. EK:n sääntömuutos-tiedote. Viitattu 30.4.2017. <http://ek.fi/ajankohtaista/tiedotteet/2015/11/25/ekn-saantomuutos-viitoittaa-tieta-kohti-paikallista-sopimista/>

Eräsaari, L. 1991. Yksilöllistävä sosiaalityö – historian tarkastelua. Jyväskylä. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntapolitiikan laitos.

European Commission. 2017. The European Pillar of Social Rights in 20 principles. Viitattu 5.5.2017. https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en

Finska Läkaresällskapet. 2017. Finska Läkaresällskapet 175 år historia. Viitattu 10.5.2017. <http://www.fl.s.fi/historia/>

Forelius, S. 2003. Valistuksen voimalla työtapaturmia vastaan –työväensuojelu- ja huoltonäyttely teollisuusstyöntekijöiden valistajana. Pro gradu. Viitattu 4.5.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90812/gradu00222.pdf?sequence=1>

Frost & Sullivan. 2012. New Megatrends – implications for our future lives. Viitattu 16.5.2017. https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=yzb927NEoQAC&oi=fnd&pg=PR2&dq=mega+trends&ots=1Dwl5iolaE&sig=3UUSucYehRi4sn1OK1qji8R9v5w&redir_esc=y#v=onepage&q=mega%20trends&f=false

Grönfors, M. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. Hämeenlinna.

SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkka. http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf

HALI. 2017 . Liiton esittely. Viitattu 22.5.2017. <http://sosiaaliala.fi/liiton-esittely/>

HDL. Helsingin Diakonissalaitos. Täällä alkoi sairaanhoidon koulutus Suomessa. 2016. Viitattu 30.7.2016. <https://www.hdl.fi/fi/toiminta/historia/koulutuksen-historiaa>

HE 231/1996. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi mielenterveyslain ja valtion mielisairaaloista annetun lain 3§ muuttamisesta. Viitattu 3.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1996/19960231>

Helander, M & Nylund, M. (toim.) 2012. Palkka työstä – ay-liike ja edunvalvonnan uudet muodot. Helsinki. Into Kustannus Oy.

Hiltunen, E. 2017. Mitä tulevaisuuden asiakas haluaa – trendit ja ilmiöt. 1 p. Jyväskylä. Docendo Oy.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Liikanen, P. & Sajavaara, P. 1986. 4.-6. P. Tutkimus ja sen raportointi. Gummerus. Jyväskylä.

Hyppölä, H. & Mattila, K. Lääkärikoulutuksen historiaa ja nykytilanne Suomessa. Viitattu 12.5.2017. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94227.pdf>

JHL. 2017 a. JHL:n historia. Viitattu 15.5.2017. http://www.jhl.fi/portal/fi/jhl-tieto/jhl_n_historia_tiivistetysti/

JHL. 2017 b. Osaajana hoiva-avustaja. Viitattu 24.5.2017. <http://www.jhl.fi/portal/fi/tyoelama/ammattialatoiminta/hoiva-avustajat/>

Julkunen, R. Työelämän suurten muutosten vuosikymmenet. Toim. Pärnänen & Okkonen. Tilastokeskus. Helsinki. Multiprint Oy.

Jytyliitto. 2017. Viitattu 12.5.2017. <http://www.jytyliitto.fi/fi/jyty/Sivut/Historia.aspx>

Järvinen, S. Työlainsäädäntö uudistuu. Kauppakamari. Viitattu 2.5.2017. http://helsinki.chamber.fi/media/filer_public/2b/a7/2ba70f00-6f00-4ee3-ad32-69ae68384c49/jarvinen_ajankohtaista_tyolainsaadannosta_-_vuoden_2017_alussa_tulevat_muutokset.pdf

Kairinen, M. 2001. Työoikeus perusteineen. 9. p. Työelämän tietopalvelu Oy.

Kairinen, M. 2004. Työoikeus perusteineen. Työelämän Tietopalvelu Oy.

Karrasch, K. 2017. Neuvottelupäällikkö. JHL. Haastattelu 5.5.2017.

Kinnula, P. Malmi, T. & Vauramo, E. 2015. Miten sote-uudistus toteutetaan? Kunnallisan kehittämissäätö. Vammalan kirjapaino Oy. Sastamala.

Knardahl, S. Johannessen HA. Sterud, T. Härmä, M. Ruguglies, R. Seitsamo, J. & Borg, V. 2017. The contribution from psychological, social, and organizational work factors to risk of disability retirement: a systematic review with meta-analyses. PubMed. Viitattu 18.4.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178966>

Komulainen, M. 2010. 1. p. Ulkoistaminen kunnissa. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

KT. 2017 a. Kuntasektorin sopimusten määräaikaisesta soveltamisesta sovittu maakunnissa ja yhtiötetyssä toiminnassa. Viitattu 30.4.2017. <https://www.kt.fi/uutiset-ja-tiedotteet/2017/sopimusten-soveltaminen-maakunnissa>

KT. 2017 b. Lääkärisopimus. Viitattu 11.5.2017. <http://flash.kuntatyonantajat.fi/ls-2017/html/#8>

Kuntaliitto. 2008. Kunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Kuntaliitto. 2017 a. Kaupunkien ja kuntien lukumäärä. Viitattu 22.5.2017. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat>

Kuntaliitto. 2017 b. Kuntaliiton historia. Viitattu 20.5.2017. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/kuntaliiton-historia>

Kuusi, O. 2002. Delfoi –menetelmä. Teoksessa Tulevaisuudentutkimus – perusteet ja sovellukset. Toim. Kamppinen, M., Kuusi, O. & Söderlund, S. Helsinki. Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Kuusi, O. 2002. Tulevaisuuden tekeminen. Teoksessa Tulevaisuudentutkimus – perusteet ja sovellukset. Toim. Kamppinen, M., Kuusi, O. & Söderlund, S. Helsinki. Suomalaisen kirjallisuuden seura.

KVTES. 2017. Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus. Helsinki. Otavan kirjapaino

Kättilöliitto. 2016 Suomen kättilöliiton historia. Viitattu 5.5.2017. <http://www.suomenkatiloliitto.fi/historia>

Lahti, C. Tarumo, S. & Vartiainen, M. 2004. Palkkausjärjestelmien kehittäminen. Helsinki. Edita Publishing.

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoidolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 24.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

L 6.11.1970/669. Kunnallinen virkaehtosopimuslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 24.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700669>

- L 6.11.1970/670. Laki kunnallisista työehtosopimuksista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 24.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700670>
- L 11.4.2003/304. Laki kunnallisesta viranhaltijasta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 29.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030304>
- L8.8.1986/609. Laki naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 20.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860609>
- L 26.1.2001/55. Työsopimuslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 28.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=tyosopimuslaki>
- L 19.8.1994/750. Valtion virkamieslaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 3.5.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940750>
- Lehtimäki, T. 2014. Terveyttä kaikille – keskussairaalat 1940-luvulta 1980-luvulle. Arkkitehtitoimisto Hanna Lyytinen. Viitattu 18.4.2017. <http://www.nba.fi/fi/File/2557/keskussairaalat-1940-luvulta-1980-luvulle.pdf>
- Malaska, P. Tulevaisuudentutkimus Suomessa. 1985. Toim. Malaska P. & Mannermaa, M. WSOY. Juva.
- Lääkäriliitto. 2017. Suomen Lääkäriliiton historiaa. Viitattu 6.5.2017. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/organisaatio/historia/>
- Melin, H. 2012. Pystyykö ammattiyhdistysliike uudistumaan? Toim. Helander, M. & Nylund, M. Ay-liike ja edunvalvonnan uudet muodot.
- Metsämuuronen 1998. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Helsinki. Edita.
- Metsämuuronen, J. 2003. 2. p. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä. Gummerus.
- Muurinen, E. 2015. Tarvittaessa työhön kutsuttavan työntekijän oikeudellinen asema. Tampere. Viitattu 20.4.2017. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97826/GRADU-1437980336.pdf;jsessionid=3E83ECAAE93FA662268247EFF903BB03?sequence=1>
- Opetushallitus. 2014. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto lähihoitaja 2014. Viitattu 22.5.2017. http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf
- Opetushallitus. 2017 a. Ammatillinen koulutus. Viitattu 21.5.2017. <https://vipunen.fi/fi-fi/ammattillinen>

Opetushallitus. 2017 b. Ammattikorkeakoulutus. Viitattu 21.5.2017.
<https://vipunen.fi/fi-fi/ammattikorkeakoulutus>

Opetushallitus. 2017 c. Hakutulokset ammattikorkeakoulu. Viitattu 22.5.2017.
https://opintopolku.fi/app/#!/haku/*?page=3&articlePage=1&itemsPerPage=25&sortCriteria=0&facetFilters=teachingLangCode_ffm:FI&facetFilters=theme_ffm:teemat_12&facetFilters=educationType_ffm:et01.04&tab=los

Opetushallitus. 2017 d. Mitä yliopistossa voi opiskella? Viitattu 21.5.2017.
<https://opintopolku.fi/wp/yliopisto/mita-yliopistossa-voi-opiskella/>

Opetushallitus. 2017 e. Yliopistokoulutus. Viitattu 21.5.2017. <https://vipunen.fi/fi-fi/yliopistokoulutus>

Paaskoski, J. Ihmisen arvo - Helsingin diakonissalaitos 150 vuotta. Helsinki. Edita Publishing.

Pajarinen, M. & Rouvinen, P. 2014. Uudet teknologiat ja työ. Artikkelit Työn tulevaisuus seminaariin ja julkaisuun Katsaus suomalaisen työn tulevaisuuteen. Toim. Pentikäinen, L. Työ- ja elinkeinoministeriö. Edita Publishing.

Palukka, H & Tiilikka, T. 2011. 2. p. Vuokratyöntekijänä hyvinvointipalvelurakenteen murroksessa -loppuraportti. Tampere. Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos.

Pärnänen, A. 2009. Työelämän suurten muutosten vuosikymmenet. Toim. Pärnänen & Okkonen. Tilastokeskus. Helsinki. Multiprint Oy.

Ranta, S. 2012. Naisten työt. Hämeenlinna. Karisto.

Ronkainen, S. Pehkonen, L. Lindblom-Ylänne, S & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1. p. Helsinki. Sanoma Pro.

SAK. 2016 a. Kilpailukyky sopimus. Viitattu 2.5.2017.
<https://www.sak.fi/ajankohtaista/neuvottelutilanne/neuvottelutulos>

SAK. 2016 b. Mahdollisuuksien aika. Hyvä työ digiajassa. Viitattu 18.5.2017.
<https://www.sak.fi/aineistot/julkaisut/esitteet-ja-julkaisusarja/mahdollisuuksien-aika-hyva-tyo-digiajassa-2016-06-03>

SAK 2017. Perustietoa SAK:sta. Viitattu 2.5.2017. <https://www.sak.fi/tama-on-sak/perustietoa>

Silvennoinen, M. 2012. SuPer 1988-2010. Porvoo. Edita.

Sitra. 2017. Megatrendit 2017. Viitattu 11.5.2017. <https://www.sitra.fi/aiheet/megatrendit/#megatrendit-2017>

Soininvaara, O. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan laitosten tehtävät ja rakenteet sote-uudistuksen ja maakuntauudistuksen tehtävien toteuttamiseksi. STM. Helsinki.

Sosiaalialan Työnantajat. 2013. Hoiva 2020 –Yksityisen hoiva-alan tulevaisuus. Viitattu 17.5.2017. http://www.sosiaaliala.fi/wp-content/uploads/2014/06/Hoiva_2020.pdf

Stat. 2016. Julkinen sektori. Viitattu 1.5.2017. http://www.stat.fi/meta/kas/julkinen_sektor.html

Stat. 2017. Maakuntatyönantajille siirtymässä yli puolet kuntasektorin palkansaa- jista. Viitattu 6.5.2017. http://www.stat.fi/til/ksp/2016/ksp_2016_2017-05-04_kat_001_fi.html

STM 2015. Sote-uudistuksen säästömekanismit. Viitattu 17.4.2017. <http://vnk.fi/documents/10616/1865308/Diaesitys+sote-distuksen+säästöistä.pdf/73fe3ced-c40d-47cd-9357-f455c92c4e0a>

STM. 2016 a. Miten avoimuus ja verorahojen käytön läpinäkyvyys taataan julkisissa sote-yhtiöissä? Viitattu 15.5.2017. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/miten-avoimuus-ja-verorahojen-kayton-lapinakyvyys-taataan-julkisissa-sote-yhtioissa-

STM. 2016 b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma - Kaste. Viitattu 18.4.2017. <http://stm.fi/kaste>

STM. 2016 c. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 17.4.2017. <http://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut>

STTK 2017. Mikä STTK?. Viitattu 3.5.2017. <http://www.sttk.fi/mika-sttk/>

Suomi-sanakirja. 2017 a. Palkkatyö. Viitattu 3.5.2017. <http://www.suomisanakirja.fi/palkkatyö>

Suomi-sanakirja. 2017 b. Työehto. Viitattu 15.4.2017. <https://www.suomisanakirja.fi/tyoehto>

Suomi-sanakirja. 2017 c. Työsopimus. Viitattu 15.4.2017. <https://www.suomisanakirja.fi/tyosopimus>

Suoranta, A & Anttila, A. 2010. Yksin sovittu. Tampere. Vastapaino. Bookwell Oy.

Talentia. 2017. Järjestön historia. Viitattu 16.5.2017. <http://www.talentia.fi/talentia/historia>

THL. 2017 a. Ajankohtaista. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista>

- THL. 2017 b. Lainsäädäntö. Viitattu 11.5.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/lainsaadanto>
- TEM. 2013. Nollasopimukset – työoikeudellinen selvitys. TEM. Viitattu 20.4.2017. <https://tem.fi/documents/1410877/2872337/Nollatyosopimukset+tyoikeudellinen+selvitys+10092013.pdf>
- TEM. 2014. Katsaus suomalaisen työn tulevaisuuteen. Viitattu 2.5.2017. <https://tem.fi/documents/1410877/2859687/Katsaus+suomalaisen+tyon+tulevaisuuteen+09092014.pdf>
- TEM. 2015 a. Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa. Viitattu 12.5.2017. <http://tulevaisuus.2030.fi>
- TEM. 2015 b. Työvoiman käyttötapojen ja työn tekemisen muotojen muutostrendejä selvittävän ja kehittävän työryhmän loppuraportti. Viitattu 17.5.2017. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74961/TEMjul_2_2015_web_21012015.pdf?sequence=1
- TENK. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 22.4.2017. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 22.4. 2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Tieteen termipankki. 2017. Julkisoikeudellinen palvelussuhde. Viitattu 24.5.2017. http://tieteentermipankki.fi/wiki/Oikeustiede:julkisoikeudellinen_palvelussuhde
- Turoff, M. & Linstone, H. 2002. The Delphi Method TEchniques and Applications. <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>
- Ulkoasiainministeriö. 2013. Uusi sosiaalinen Eurooppa – Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikka. Toim. Toivanen, P. Jyväskylä. Kopijyvä.
- Valtioneuvosto. 2015. Hallituksen esitykset kustannuskilpailukykyyn parantamiseksi. Viitattu 1.5.2017. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/1266558/Kilpailukyky+korjaavat+toimet.pdf/7ff5537e-e921-4bbf-a54a-6f2a0f681faa>
- Valtioneuvosto. 2016. Työllisyys ja kilpailukyky. Viitattu 2.5.2017. <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/tyollisyys/karkihanke3>
- Valtioneuvosto. 2017. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 17.4.2017. <http://valtioneuvosto.fi/hanke?selectedProjectId=25001>

VM. 2017. Viitattu 11.5.2017. <http://vm.fi/valtio-tyonantajana/virka-ja-tyoehdot-henkilostohallinnon-asiakirjat>

Valvira. 2017. Ammattioikeudet. Viitattu 24.4.2017. <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen: strateginen kilpailutekijä. 4. p. Porvoo. Edita.

Äimälä, M. Nyssölä, M. & Åström, J. 2003. Käytännön työoikeutta esimiehille. Helsinki. WSOY.

Kutsu haastatteluun Hyvä sosiaali- ja terveysalan työehtojen asiantuntija,

Opiskelen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä ja johtamista Vaasan ammattikorkeakoulussa. Teen ylempään ammattikorkeakoulututkintooni liittyvää opinnäytetyötä tutkimushetkellä julkisella sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien työntekijöiden tulevaisuuden työehdoista. Tutkimuksessa haastatellaan 8-16 sosiaali- ja terveysalan työehtojen asiantuntijaa työehtojen tulevaisuuden näkymistä.

Tutkimuksen tarkoituksena on hahmotella skenaarioita, jollaisiksi julkisen sosiaali- ja terveysalan työehdot tulevaisuudessa kehittyvät. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa tulevaisuuden julkisen sosiaali- ja terveysalan työehtojen erilaisten skenaarioiden muodossa ja näiden avulla mahdollistaa tulevaisuuden työehtojen muokkaamisen palkansaajaliikkeen arvojen mukaiseen suuntaan. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää niin valtakunnallisesti kuin paikallisestikin työehtosopimusneuvotteluja käytäessä sekä kunta-alan työn, työntekijöiden ja ammatti- ja työnantajaliittojen asemaa pohdittaessa.

Tutkimus on laadullinen tulevaisuudentutkimus. Aineisto kerätään teemahaastattelujen avulla. Ensimmäinen haastattelukierros tehdään kasvokkain tai puhelimitse haastatellen heinä-syyskuun 2016 aikana. Haastattelun kesto tulee olemaan noin 1 tunti haastateltavasta riippuen. Haastattelu-teemat ovat tulevaisuuden toivottavat, todennäköiset ja ei-toivottavat työehdot sosiaali- ja terveysalalla, joista pyydän haastateltavia vapaasti kertomaan. Haastattelut nauhoitetaan, jotta haastattelut voidaan litteroida ja tehdä niistä yhteenveto. Yhteenveto lähetetään kaikille haastateltaville sähköpostitse kommentoitavaksi syksyllä 2016. Näin saatu aineisto tullaan analysoimaan laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja haastattelut toteutetaan, analysoidaan ja raportoidaan täysin luottamuksellisesti haastateltavan oma ja taustaorganisaation anonymiteetti säilyttäen. Haastatteluaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Vaasan ammattikorkeakoulun yliopettaja Ulla Isosaari. Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan sähköisenä Theseus-tietokannassa osoitteessa www.theseus.fi kevään 2017 aikana.

Toivon, että voisit osallistua tähän tutkimukseen ja antaa arvokasta tietotaitoasi sosiaali- ja terveysalan työehtojen tulevaisuudesta. Olen sinuun yhteydessä tämän sähköpostiviestin saamisen jälkeisellä viikolla puhelimitse. Tuolloin voimme sopia haastatteluajankohdasta ja -paikasta, mahdollisesta tutkimusluvan hankkimisesta sekä muista käytännön järjestelyistä.

Ystävällisin terveisin,
Sini Karjalainen

Ensimmäisen kierroksen haastattelukysymykset

1. Kuvaile, millaiset olisivat unelmatyöehdot sosiaali- ja terveysalalla?

2. Arvioi unelmatyöehtojen toteutumismahdollisuuksia.

Mikä estää, mikä edesauttaa toteutumista?

3. Mitä muuttaisit sosiaali- ja terveysalan tämän hetkisessä työssä?

4. Millaisilla työehdoilla 10 vuoden päästä todennäköisesti tullaan sosiaali- ja terveysalalla töitä tekemään ja miksi?

+ Tarkentavat lisäkysymykset

Kommenttikierroksen saatekirje ja kysymykset

Hei!

Opinnäytetyöni "Tulevaisuuden työehdot sosiaali- ja terveysalalla" on erinäisistä syistä johtuen hieman aikataulustaan jäljessä ja tämä toinen kierros tuleekin siksi vasta nyt keväällä viime syksyn sijaan.

Toivoisin, että ehtisit käyttää muutaman minuutin vielä tähän toiseen kierrokseen. Voit kommentoida joko näin sähköpostitse tai voidaan sopia aika, ja voin soittaa max 5-10 min puhelun (tiedän, että olet kiireinen), jos koet sen helpommaksi tai nopeammaksi tavaksi kommentoida.

Olen nyt tehnyt yhteenvedon kaikista haastatteluista, kiitos kovasti jo niistä. Tällä toisella kierroksella kysyn yhteenvedosta 5 tarkentavaa kysymystä, jotka tulevat tässä:

1. Vaikuttavat tekijät

Olen tehnyt kaikista soten työehtoihin vaikuttavista tekijöistä kaavion (kaavio liitteenä) haastatteluissa kertomanne perusteella. Puuttuuko kaaviosta mielestäsi jokin vaikuttava tekijä tai onko siinä jokin tekijä, jota et luokittelisi vaikuttavaksi tekijäksi?

2. Unelmat

Haastatteluiden perusteella muodostui yleiskuva unelmatyöehdoista, jotka olisivat oikeudenmukaisia, tasapuolisia ja luottamuksella yhdessä keskustasolla sovittuja, mutta toisaalta mahdollistaen työpaikkatason joustot ja tekemiseen ja taidon kartuttamiseen kannustavia.

Osassa haastatteluista nousi esiin unelma kaikkien työehtosopimusten laittamisesta pöydälle ja kokonaan uudelleenarvioinnista, 6 tunnin työpäivästä ja oma tessi pelkästään sote-alan henkilöstölle. Ovatko nämä myös teidän työehtounelmia jo aiemmin haastattelussa mainitsemiesi lisäksi?

3. Dystopiat

Haastatteluiden yhteenvedossa piirtyi kuva sote-työelämän dystopiasta, jossa johdetaan sanelupoliitikalla ja tehdään yksilökohtaisesti työsopimuksia ilman luottamusmiestä tai keskustason sopimuksia sekä nollasoppareiden ja päätkityn työpäivän arvaamattomasta maailmasta, missä ei työsuhdeturvaa ole, minimimitoituksiakaan ei noudateta, lomina ei ole ja palkalla ei elä.

Työn siirtyminen yksityiselle sektorille koettiin osassa haastatteluista uhkana. Onko se myös teidän dystopianne?

4. Todennäköisenä nähtiin, että sote-työntekijät ovat maakunnan tai yksityisen monikansallisten yhtiöiden palveluksessa 10 vuoden kuluttua.

Osassa haastatteluja nähtiin, että tulemme työskentelemään heikommilla työehdoilla ja pienemmällä mitoituksella kuin tällä hetkellä, osassa taas nähtiin muutoksen mahdollistavan ammattilaisen paremman ansiokehityksen. Kumpaa pidät todennäköisempänä?

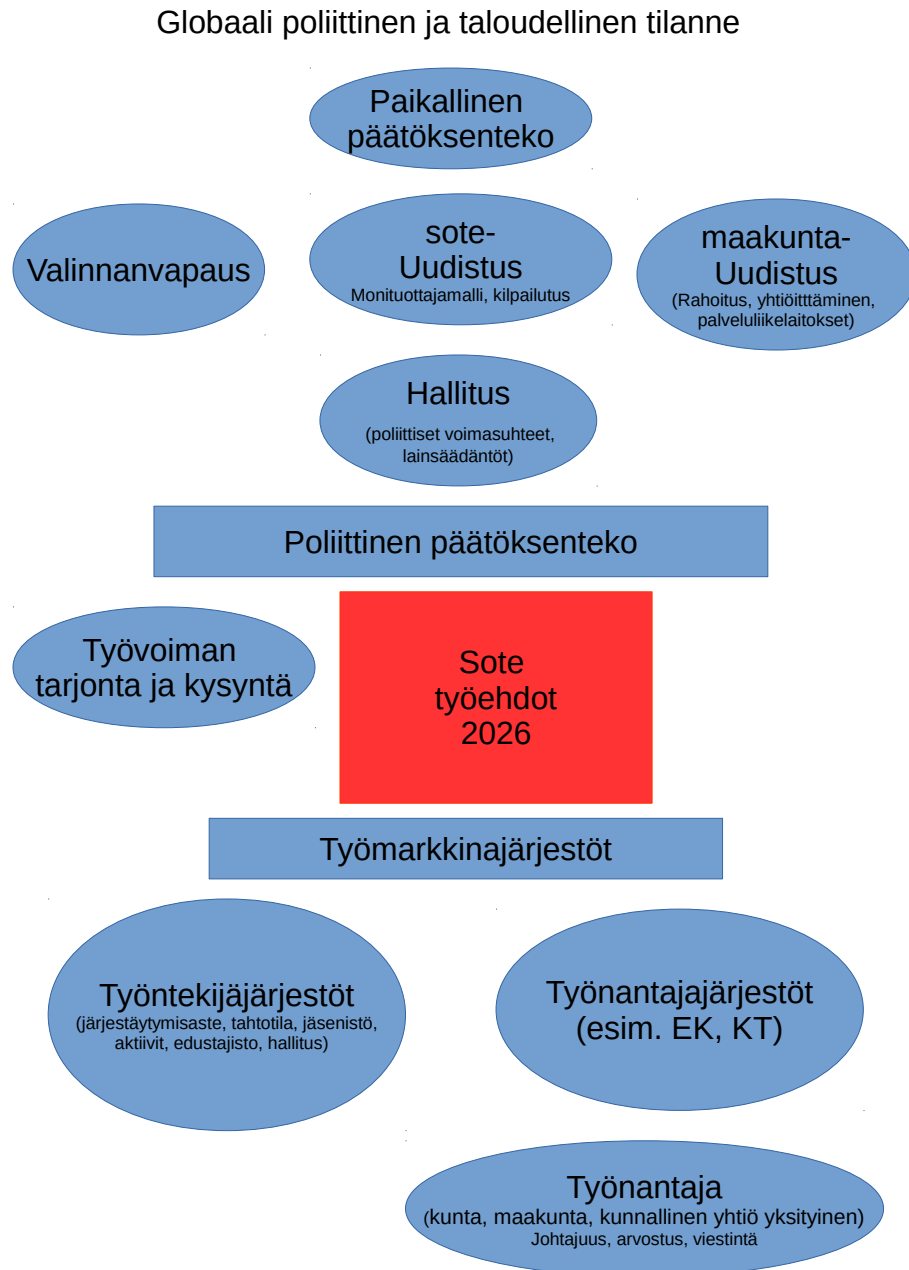
5. Onko jotain, joka on muuttunut haastattelumme jälkeen, unohdit sanoa tai haluat vielä erityisesti painottaa?

Toivon, että vastaisit tai sopisimme soittoajan 31.3 mennessä. Kiitos jo etukäteen!

Ystävällisin kevätaurinkoisin terveisin,

Sini Karjalainen

Kommenttikierroksen Julkisen sosiaali- ja terveysalan työehtoihin vaikuttavat tekijät -kuvio



Yleinen arvostus ay-liikettä ja sote:n työntekijöitä kohtaan

Näyte ensimmäisen kierroksen haastatteluista tehdyn analyysin luokitteluperusteista teknisen kehityksen osalta

Alkuperäinen	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
moniakaan asioita ei edes päätetä kokouksissa, vaan ne on semmosia infotilaisuuksia monetki. Ja sit jos aattelee täälläkin tämän päivän tekniikalla, , ettei se että ihmiset kulkee ristiin rastiin täällä autoilla suhaten paikasta toiseen.	Tämän päivän tekniikalla, niin kyllä se infon pitäis pystyä muulla lailla tuomaan	Tekniikan mahdollistama etätö	Yleinen tekninen kehitys
joku ammattiala, jossa on määriteltyä enemmän etätöitä, niin sehän tarkoittaa sitä, että työnantaja sitte tietysti laskee, että niillä ihmisillä ei ole sitä työpistettä enää työnantajan puolelta.	Enemmän etätöitä.. ei enää työpistettä työnantajan puolella	Tekniikan mahdollistama etätö	Yleinen tekninen kehitys
Mut ehkä täytyy niinku rehellisyyden nimissä nää palvelut mitä me tuotetaan, vaik puhutaan täst teknologis.. teknologista ja terveysteknologiasta ja tavallaan siitä, että. Kyl mä jotenki nään, et jos meillä on potilaita, niin siihen, et robotit hoitaa potilaita, niin siihen menee, mä varmaan ehin kuolla tästä alta jo pois että. Jotenki et kyllä se on meillä on paljo semmosta työtä, mitä tehdään face to face eli tavallaan et ei me voida niinku vain asiantuntijat ja hallinto ja tän tyyppiset pystyy tekemään etätöitä enenevis määrin, et eihän meidän potilastyötä oikein voi ulkoistaa. Mut onhan näit lääkäreiden näkyy vain videoneuvontaa tällä tavalla. Et jossä teet jonku oikeen toimenpiteen, niin semmoses semmosia ei kyllä voi. Mut tota. Mut varmaan se työ kyllä mobilisoiuu tavallaan aika ja paikka menettää enemmän merkitystään, et kyl se tulee tässäki tälläki alalla näkymään varmasti.	robotit hoitaa potilaita hallinto ym. etätöitä enenevis määrin videoneuvontaa työ kyllä mobilisoiuu tavallaan aika ja paikka menettää enemmän merkitystään	Hoivarobotit Tekniikan mahdollistama etätö Tekniikan mahdollistama etätö Tekniikan mahdollistama etätö	Robotisaatio Yleinen tekninen kehitys Yleinen tekninen kehitys Yleinen tekninen kehitys
Että tota ammattilaisten välisiä työnjakaja funtsitaan ja etitään tota tämmösiä ikävien työvaiheiden, joko teknologialla tai työtä uudelleen jakamalla sen taakan muuttamista.	ikävien työvaiheiden, joko teknologialla tai työtä uudelleen jakamalla	Teknologisen kehityksen vaikutus työnkuviin	Yleinen tekninen kehitys
Esimerkiks tuolla toimistoalalla, missä tietysti tekniikkakin menee laukkakatahtia eteenpäin. Mä uskon, et hyvin paljon käy sillä tavoin, etTavallaan niinku ATK-työhön perustuvat tehtävät niinku vähenee ja niitä keskitetään eikä siinä mitään	ATK-työt vähenee	Teknologisen kehityksen vaikutus työnkuviin	Yleinen tekninen kehitys
Siellä se työ ja työympäristö ja tekninen kehitys on tarkottanu sitä, et heidän on täytytty olla silläi tai se on niinku muuttunu se heidän työympäristönsä ja työn sisältönsä	työympäristö ja tekninen kehitys on tarkottanu sitä... muuttunu se heidän työympäristönsä ja työn sisältönsä	Teknologisen kehityksen vaikutus työnkuviin	Yleinen tekninen kehitys
siinä on paljo sitten semmosta teknistä tekemistä.	siinä on paljo sitten semmosta teknistä tekemistä.	Teknologisen kehityksen vaikutus työnkuviin	Yleinen tekninen kehitys
Että nyt on nähdään sitä, että tää digimaailma antaa sen murroksen tosiaan, että esimiehen tai lääkärin on niin helppo, ku se tossa samalla asiakasta käsittelee, niin täyteele nää juttunsa ja ne siirtyy sitte tuolla sähkösesti hienosti paikasta toiseen.	Digimaailma..siirtyy sitte tuolla sähkösesti hienosti paikasta toiseen.	Teknologisen kehityksen vaikutus työnkuviin	Digitalisaatio

jos digimaailma tuottaa semmosen tuloksen, että ku lääkäri keskustelee tässä asiakkaan kanssa, niin samalla se tekoöly ottaa siitä keskustelusta poimii ne kaikki jutut.	digimaailma tekoöly poimii keskustelusta poimii	Digimaailma tekoöly	Digitalisaatio Yleinen tekninen kehitys
Kyl se mielenkiintoinen toi digimaailma on ja se tuo tietysti ja kuuluukin tähän soten työn muutokseen varmaan vahvasti ja kiihtyvällä vauhdilla, et kyllä se on osa sitä digitalisaatiota tuli tossa mikä tulee muuttumaan ja mitä munki mielestä pitää muuttaa	digimaailma on ja se tuo tietysti ja kuuluukin tähän soten työn muutokseen varmaan vahvasti ja kiihtyvällä vauhdilla,	Digimaailma	Digitalisaatio
Tai ehkä se tekoöly tekee sitte tilauksetki.	tekoöly tekee sitte tilauksetki	tekoöly	Tekninen kehitys
mut sit se digitalisaatio ehkä niinku isommassa mittakaavassa se, että mitkä lääkärin työt voidaan tulevaisuudessa vaikka 20 vuoden päästä, tarvitaanks niihin kaikkiin lääkäriä.	se digitalisaatio...tarvitaanks niihin kaikkiin lääkäriä.	Digitalisaation vaikutus työnkuviin	Digitalisaatio
Ja tietenki sit sen digitalisaation tai robotisaation myötä työprosessit nopeutuu, niin tottakai sitä joustonvaraa löytyy ehkä enemmän.	digitalisaation tai robotisaation myötä työprosessit nopeutuu,	Digitalisaation ja robotisaation vaikutus	Digitalisaatio Robotisaatio
Lääkäri 2030 –projekti, missä yks iso teema on tää tulevaisuuden digitalisaatio ja miten se tulee myöskin vaikuttamaan niinku lääkärin työhön.	tulevaisuuden digitalisaatio ja miten se tulee myöskin vaikuttamaan niinku lääkärin työhön	Digitalisaation vaikutus	Digitalisaatio
Kai koko ajan se muuttuu ja tää digiharppaus aiheuttaa just sen ongelman, et muutuus se niin nopeesti, et käy näitä väliinpuotoajia	digiharppaus aiheuttaa.. näitä väliinpuotoajia	Digitalisaation vaikutus	Digitalisaatio
kuinka ku monis töis tehään etätöitä ja ollaan kotona, mut sit osan päivästä tai osan viikosta sit töissä, niin kyllähän siin tulee tämmöset niinku työaikaasuojelu	etätöitä ja ollaan kotona.. tulee tämmöset niinku työaikaasuojelu	Tekniikan mahdollistama etätöy	Yleinen tekninen kehitys
Mutta ehkä vielä sitä tän päivän ajatusta, niin vielä eri mittakaavassa, et on etävastaanotot.	etävastaanotot	Tekniikan mahdollistama etätöy	Yleinen tekninen kehitys
tässä digimuutoksessa tapahtuu sitte niille, joilla.. osatyökkyisille ja tästäki sen tyypisille, joille ei löydy sitä täyttää työpanosta johonki	Digimuutoksessa.. osatyökkyisille.. ei löydy täyttää työpanosta	Digitalisaation vaikutus	Digitalisaatio
Sote-sektorilla on aika vähän tietenki siellä voi olla semmosia lääkkeenjakoja tai jotain muuta, joita voi automatisoida	Lääkkeenjakoja..voi automatisoida	Teknisen kehityksen vaikutus työnkuviin	Automatisaatio
niin siinä löytyy varmaan teknologiasta paljon semmosia mahdollisuuksia. Et se on yks. Ja tietenki sitte kaikki hoito.. hoitomenetelmät tai leikkausmenetelmät, jotka hyödyttää sitte potilasta tai asiakkaita, niin nehän on kaikki kans niinku tervetulleita, jotka opeuttaa prosesseja tai edistää parantumista tai helpottaa hoitoja.	Teknologiasta löytyy..mahdollisuuksia Hoito-menetelmät leikkausmenetelmät	Tekninen kehitys Hoiva- ja leikkausrobotit	Yleinen tekninen kehitys Robotisaatio
Niin niin ehkä tää digitalisaatioki nyt on sellainen, joka sit kymmenessä vuodessa vaikuttaa työntekoon niin paljon, et ikään kuin ei olla enää niin aikaan ja paikkaan sidottuja myöskään kaikessa hoitotyössä että tota niin niin. HUSilla-han on nyt käytössä syöpähoidossa joku tämmönen tai ei syöpähoidoissa mutta tämmönen joku niinku diagnoosisysteemi tuolla jossain netissä	tää digitalisaatioki ei olla enää niin aikaan ja paikkaan sidottuja myöskään kaikessa hoitotyössä diagnoosisysteemi tuolla jossain netissä	Digitalisaatio Tekniikan mahdollistama etätöy Tekniikan mahdollistama etädiagnosointi	Digitalisaatio Yleinen tekninen kehitys Yleinen tekninen kehitys

<p>Mutta että niinku täällä tukipalvelupuolella selkee trendi kyllä, että väki vähenee, mikä toisaalta on ihan hyvä, jos se tukee sitä digitalivähennystarvetta</p>	<p>tukee sitä digitalivähennystarvetta</p>	<p>Digitalisaation vaikutus henkilöstömäärään</p>	<p>Digitalisaatio</p>
<p>sit ku ne on ne robotit aina surramassa, niin pikku hiljaa työ muuttuu toisenlaiseksi ja niille ihmisille, ketkä on ennen kantanu jotain välineitä ympäri sairaalaa, niin niitten työt sitte vaan jää pois. Mutta ne täyttää sitten ne robotit, jotka siellä juoksentelee jatkossa.</p>	<p>robotit aina surramassa, niin pikku hiljaa työ muuttuu toisenlaiseksi</p>	<p>Robotisaation vaikutus työnkuviin</p>	<p>Robotisaatio</p>
<p>Siis et tota on paljon, otetaan vaikka etätyö. On paljon asioita, joita voidaan hoitaa etätyönä, mutta sitä ei juurikaan oo käytett.. Mä ymmärrän, et jos lähihoitajat, sen on vähän vaikeaa olla etätyössä, eikö niin. Mutta mutta on, jos ajatellaan sosiaalityöntekijää, kyllä se voi tehdä etätyönäkin sitä. On aikoja päiviä, jolloin ei asiakasta välttämättä tavata, on paljon etätyömahdollisuuksia.</p>	<p>otetaan vaikka etätyö. On paljon asioita, joita voidaan hoitaa etätyönä</p>	<p>Tekniikan mahdollistama etätyö</p>	<p>Yleinen tekninen ehitys</p>
<p>meillä alkaa palvelurakenteessa tapahtumaan semmosii muutoksii, et tulee paljo enemmän teknologiaa käyttöön</p>	<p>palvelurakenteessa tapahtumaan muutoksii.. enemmän teknologiaa käyttöön</p>	<p>Teknisen kehityksen vaikutus palvelurakenteeseen</p>	<p>Yleinen tekninen kehitys</p>
<p>Mut tietenki, jos oikeesti siihen robottimaailmaan mennään, niin tieteisfilmikuvaan, niin työ loppuu tietysti ja iso osa väestöstä nauttii sitte niistä hedelmistä. Et jotenki täytyy vaan varojen uusjako tehdä sitte. Mut sit se vaatii sen, et verotus muutetaan ansiosta, mut sit verotettas robottien. Ja se tuotto täytyis jakaa sit, et ei yhteiskunta voi kestää sitä, et ne kovin pitkään tätä nykymallia, et kaikki tuotto minkä se robotti tekee niin valuu sit sinne pienille.</p>	<p>Robottimaailmaa.. iso osa nauttii niistä hedelmistä.. varojen uusjako. Robottien verotus</p>	<p>Robotisaation vaikutus työnkuviin ja varallisuuden jakoon</p>	<p>Robotisaatio</p>