

A healthcare worker, a woman wearing a blue hijab, is shown from the chest up. She is wearing a blue surgical cap, a clear face shield, a pink surgical mask, and a clear plastic apron over her blue scrubs. Her name tag reads 'Sari Bäcklund-Kajanmaa'. The background is a blurred indoor setting with light-colored walls and a window with blinds.

Sari Bäcklund-Kajanmaa

An der Corona-Front

Die Erfahrungen der Altenpflegekräfte in Finnland

EUROPA



JHL

Kommunal.

arenaidé

**FRIEDRICH
EBERT**
STIFTUNG

EUROPA

Europa braucht Soziale Demokratie!

In welchem Europa wollen wir leben? Wie können wir unsere europäischen Träume von Freiheit, Frieden und Demokratie auch gegen innere und äußere Widerstände verwirklichen? Wie können wir die Soziale Demokratie stark in Europa positionieren? Diesen Fragen widmet sich die Friedrich-Ebert-Stiftung in ihrer Reihe »Politik für Europa«. Wir zeigen, dass die europäische Integration demokratisch, wirtschaftlich sozial und außenpolitisch zuverlässig gestaltet werden kann und muss!

Folgende Themenbereiche stehen dabei im Mittelpunkt:

- Demokratisches Europa
- Sozial-ökologische Transformation
- Zukunft der Arbeit
- Frieden und Sicherheit

In Veröffentlichungen und Veranstaltungen greifen wir diese Themen auf. Wir geben Impulse und beraten Entscheidungsträger_innen aus Politik und Gewerkschaften. Wir treiben die Debatte zur Zukunft Europas voran und legen konkrete Vorschläge zur Gestaltung der zentralen Politikfelder vor. Wir wollen diese Debatte mit Ihnen führen in unserer Reihe »Politik für Europa«!

Über diese Publikation

Anfang März 2020 begann sich Covid-19 in Finnland verstärkt auszubreiten. Der Gesundheitssektor war schnell überfordert, und die Situation wurde durch den anfänglichen Mangel an klaren Richtlinien zum Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung (PSA) verschärft. Testkapazitäten waren ebenfalls begrenzt. Im Frühling kam es zu größeren Krankheitsausbrüchen in mehreren Altenpflegeheimen. Für die Altenpflege wurden klare Richtlinien zum Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung vergleichsweise spät angegeben. Die Gewerkschaft JHL forderte, dass Beschäftigte, die bei ihrer Arbeit dem Virus ausgesetzt sind, eine Coronavirus-Lohnerhöhung erhalten sollten. Trotz der angespannten Lage haben die Beschäftigten im Pflege- und Gesundheitsdienst es geschafft, mit der Situation fertig zu werden, aber eine sogenannte Pflegeschuld ist entstanden.

Über die Autorin

Sari Bäcklund-Kajanmaa (MSSc) arbeitet als Sonderberaterin bei der Gewerkschaft für öffentlichen Dienst und Sozialwesen JHL in Finnland.

Partnerorganisationen

Arena Idé (www.arenaide.se) ist ein in Stockholm ansässiger unabhängiger progressiver Thinktank, finanziert von der schwedischen Gewerkschaftsbewegung.

Kommunal (www.kommunal.se) ist die größte Gewerkschaft des öffentlichen Sektors in Schweden mit mehr als 500.000 Mitgliedern.

JHL ist eine Gewerkschaft für Beschäftigte, die in den öffentlichen Diensten und privaten Sozialleistungen tätig sind. Sie ist mit 200.000 Mitgliedern die zweitgrößte Gewerkschaft in Finnland. 70 Prozent ihrer Mitglieder sind Frauen. JHL verhandelt ungefähr 100 Tarifverträge und hat ebenfalls großen Einfluss auf die Entwicklung der Arbeitsbedingungen in Finnland.

Verantwortlich für diese Publikation innerhalb der FES

Dr. Philipp Fink, Direktor der FES für die Nordischen Länder
Josefin Fürst, Fachreferentin der FES für die Nordischen Länder

EINLEITUNG

Das neue Covid-19-Virus begann sich Anfang März 2020 in Finnland massiv auszubreiten. In Reaktion darauf wurden im Frühjahr unterschiedliche Beschränkungen landesweit eingeführt. Schulen wurden geschlossen und Telearbeit wurde allgemein empfohlen. Im März wurde zum ersten Mal in der finnischen Geschichte das Gesetz zur Notstandsermächtigung einberufen, das bei Bedarf umfassende Eingriffe in die Arbeitsvertragsbestimmungen der Beschäftigten erlaubt.

Der Gesundheitssektor war schnell überfordert, und die Situation wurde durch den anfänglichen Mangel an klaren Richtlinien zum Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung (PSA) noch verschärft. Testkapazitäten waren ebenfalls begrenzt. Schnell wurde deutlich, dass das neuartige Virus sich bei Pflegediensten für Ältere ausbreitete, und im Frühjahr kam es zu größeren Ausbrüchen in mehreren Altenpflegeheimen. Vergleichsweise spät wurden für die Altenpflege klare Richtlinien zum Gebrauch persönlicher Schutzausrüstung (PSA) angegeben.

Die strengen Beschränkungen waren sehr wirksam, und die Übertragungsraten blieben den Sommer hindurch niedrig. Eine zweite Welle begann im Herbst 2020, erneut wurden Beschränkungen eingeführt.

Die Situation blieb das gesamte Jahr über bestehen und belastete die Beschäftigten in Pflege und Gesundheit erheblich. Die Gewerkschaft für öffentlichen Dienst und Sozialwesen JHL forderte, dass Beschäftigte, die bei ihrer Arbeit dem Virus ausgesetzt sind, eine Coronavirus-Lohnerhöhung erhalten sollten. Trotz der Überforderungen haben es die Beschäftigten im Pflege- und Gesundheitsdienst geschafft, mit diesen schwierigen Situationen fertig zu werden, aber es entstand eine sogenannte Pflegeschuld des angesammelten Pflegebedarfs (z. B. aufgrund von Covid-19 verschobener Operationen), die immer noch erfüllt werden muss.

DER AUFBAU DES ALTENPFLEGESYSTEMS IN FINNLAND

In Finnland ist das Ministerium für Soziales und Gesundheit für die Altenpflegedienste zuständig. Es legt den Kurs für die Entwicklung der Dienstleistungen fest, arbeitet Gesetze aus und überwacht die Umsetzung von Reformen.

Die Kommunen sind für die Verwaltung der Pflege- und Gesundheitsdienste verantwortlich. Sie müssen sicherstellen, dass genügend Dienste verfügbar sind, können die Bereitstellung der Dienstleistungen aber entweder auslagern oder diese selbst anbieten. Die finnische Gesundheits- und Pflegedienstreform, die derzeit umgesetzt wird, sieht mit Beginn 2023 eine Übertragung der Zuständigkeit der Dienstleistungsorganisation an 21 Gesundheits- und Sozialdienstbezirke vor (Valtioneuvosto 2020a). Helsinki wird seine Dienstleistungen weiterhin unabhängig verwalten. Das Ziel der Gesundheits- und Pflegedienstreform ist es, die Verfügbarkeit der Dienste und den gleichen Zugang zu Diensten zu verbessern und deren steigende Kosten einzu-

dämmen. Die alternde Bevölkerung und der sinkende Anteil von Menschen im erwerbstätigen Alter stellen für die Finanzierung der Sozial- und Gesundheitsdienste eine Herausforderung dar. Obwohl Menschen heutzutage länger und gesünder, ohne umfangreichen Pflegebedarf leben, steigt der Bedarf an Unterstützung besonders in den letzten Lebensjahren. Auch in der häuslichen Altenpflege sind die Kund_innen zunehmend krank und gebrechlich und benötigen mehr Hilfe.

Auch wenn der öffentliche Sektor für die Organisation der Dienstleistungen verantwortlich ist, muss er nicht unweigerlich die Dienstleistungen selbst erbringen. Ungefähr die Hälfte der Dienste für 24-Stunden betreutes Wohnen für Senior_innen wird ausgelagert (Mielikäinen/Kuronen 2020). Häusliche Altenpflege wird vorwiegend vom öffentlichen Sektor erbracht. Größere Probleme, besonders bei Diensten im privaten Sektor, sind in den vergangenen Jahren zutage getreten: Die Personalbesetzung war nicht ausreichend, die Personalstruktur entsprach nicht dem, was vereinbart worden war, und es gab erhebliche Defizite beim Management und Dienst an den Kund_innen. Obwohl der öffentliche Sektor auch seine Probleme hatte, traten die ernsthaftesten Probleme im privaten Sektor auf (Ranta 2019).

VERRINGERUNG INSTITUTIONELLER ALTENPFLEGE

Das Ziel der Altenpflegedienste – wie auch für andere Pflegebedürftige – besteht darin, Senior_innen so lange wie möglich zu Hause wohnen lassen zu können. Altenpflegedienste bestehen hauptsächlich aus häuslicher Altenpflege, betreutem Wohnen, verstärkt (24-Stunden) betreutem Wohnen und institutioneller Altenpflege. Häusliche Altenpflege bedeutet, dass eine ältere Person weiterhin zu Hause wohnen bleiben kann, jedoch verschiedene Arten der Unterstützung vor Ort erhält. Das kann zum Beispiel Hilfe beim Waschen oder Anziehen oder bei der medizinischen Versorgung bedeuten. Betreutes Wohnen ist erforderlich, wenn es für eine ältere Person nicht länger möglich ist, zu Hause zu wohnen. In diesem Fall bietet ein Altenpflegeheim einen Platz zum Wohnen und andere Dienstleistungen an, wie beispielsweise Essen, Putzen, medizinische Versorgung usw. Verstärkt (24-Stunden) betreutes Wohnen ähnelt dem betreuten Wohnen nur mit dem Unterschied, dass das Personal rund um die Uhr zur Stelle ist. In der Altenpflege steht institutionelle Altenpflege primär für Bedingungen, die denen im Krankenhaus ähnlich sind.

Ein langjähriges Ziel ist die Verringerung institutioneller Altenpflege gewesen. Entsprechend ist ihr Anteil an der Altenpflege ständig zurückgegangen. Ende 2019 erhielten 18 Prozent der über 75-Jährigen und 37 Prozent der über 85-Jährigen zumindest einen Teil der Dienstleistungen. Der Bedarf an Leistungen konzentriert sich besonders auf die letzten Lebensjahre (Mielikäinen/Kuronen 2020). Einiges deutet darauf hin, dass nicht genügend Plätze für verstärkt betreutes Wohnen zur Verfügung stehen, und häusliche Altenpflege wird immer noch Menschen angeboten, die eigentlich eine andere Art der Dienstleistung benötigen.

FESTLEGUNG DER PFLEGEBEDÜRFNISSE

Das Gesetz über Soziale Fürsorge und das Gesetz zu Sozial- und Gesundheitsleistungen für Ältere, als *Lex specialis*, garantieren den über 75-Jährigen, dass sie ihre Pflegebedürfnisse beurteilen lassen können (*Sosiaali- ja terveysministeriö* 2015). Die Beurteilung erfolgt durch eine Fachkraft im Sozial- oder Gesundheitswesen. Bei der Beurteilung der Pflegebedürfnisse muss die Funktionstüchtigkeit der älteren Person umfassend untersucht werden, das heißt auch ihre Fähigkeit, in ihrer aktuellen häuslichen Umgebung alltägliche Routinen erledigen zu können, sowie ihr Bedarf an Unterstützung und Hilfe.

Nach der Begutachtung muss ein Serviceplan erstellt werden, der die notwendigen Pflege- und Gesundheitsleistungen festlegt. Dieser Serviceplan muss unverzüglich angepasst werden, wenn sich die Funktionstüchtigkeit des Kunden oder der Kundin und damit auch dessen bzw. deren Pflegebedürfnisse ändern.

FINANZIERUNG DER ALTENPFLEGE

Die Altenpflege wird primär durch Steuereinnahmen finanziert. Finnland gibt ungefähr 1,5–1,6 Prozent seines BIP für Dienstleistungen in der Altenpflege aus, weit weniger als die anderen nordischen Staaten.

Einkommensbasierte Zahlungen von Kund_innen können auch zur Deckung eines Teils der Kosten genutzt werden (*Sosiaali- ja terveysministeriö* 2021). Einer Person, die kurzfristige institutionelle Altenpflege erhält, kann eine Tagesgebühr in Rechnung gestellt werden. Es existiert eine Obergrenze für von Kund_innen gezahlte Gebühren, ab der die zu erhebenden Gebühren sinken.

Bei langfristiger institutioneller Altenpflege wird die Gebühr der Kund_innen anhand ihrer Zahlungsfähigkeit festgelegt. Für eine alleinlebende Person darf die Gebühr 85 Prozent ihres Nettoeinkommens nicht übersteigen, und es müssen mindestens 110 Euro monatlich für den persönlichen Gebrauch zur Verfügung stehen (für das Jahr 2020).

Bezüglich der Gebühren für Unterbringungskosten sind keine Vorschriften erlassen worden, was jedoch wiederum bedeutet, dass die Einrichtung, welche die Altenpflege organisiert, die Gebühren im allgemein gesetzlich gültigen Rahmen festlegt. Die Beträge sind je nach Kommune unterschiedlich. Dazu kommt, dass sich fast die Hälfte der 24-Stunden-Unterkunftsplätze im privaten Sektor befindet, wo die Preise nach eigenem Ermessen festgelegt werden. Kommunen haben nicht genügend eigene betreute Wohnungseinheiten, und in der Praxis erhält ein großer Anteil der Älteren eine kommunale Zahlungsverpflichtung oder einen Betreuungsgutschein, die bzw. der den Großteil der Kosten des privaten Altenpflegedienstes deckt. Ein Teil der Kosten muss jedoch immer noch von den Kund_innen selbst getragen werden.

Verstärkt (24-Stunden) betreutes Wohnen ist fast immer das Ergebnis einer Zuweisung einer kommunalen Behörde

für soziale Dienstleistungen. Verstärkt betreutes Wohnen kostet oftmals mehrere Tausend Euro pro Monat, und selbst mit einem kommunalen Betreuungsgutschein muss der Kunde oder die Kundin immer noch für diverse Kosten selbst aufkommen, je nach Kommune und Einkommen des Kunden oder der Kundin.

Gering subventioniertes betreutes Wohnen heißt fast unabhängiges Wohnen in einem Altenpflegeheim und wird entweder durch kommunale Zuweisung oder auf eigene Initiative beantragt. Für betreutes Wohnen kann entweder ein kommunaler Betreuungsgutschein oder können, falls die Betreuung unabhängig beantragt wird, Sozialleistungen von der Sozialversicherungsanstalt (*Kela*) erworben werden (*Kansaneläkelaitos* 2017). Das Personal steht nicht jederzeit zur Verfügung, und die Gebühr setzt sich gewöhnlich aus der Miete, einem Servicepaket und anderen möglichen Dienstleistungen, die separat gekauft werden können, zusammen. Das käufliche Servicepaket enthält normalerweise z. B. eine wöchentliche Reinigung, Mahlzeiten und ein Notruftelefon, je nach Bedarf. Vielfältige Erholungsaktivitäten werden in den subventionierten betreuten Wohneinheiten gewöhnlich auch organisiert. Die Kosten für die Servicepakete variieren, liegen aber oftmals bei 1.500 Euro pro Monat, zusätzlich zu den Wohnkosten (Miete). Ein von der Kommune ausgestellter Betreuungsgutschein deckt nur die Altenpflegekosten und beispielsweise nicht die Miete, wohingegen das Wohngeld von *Kela* nur die Wohnkosten deckt, nicht aber die Altenpflegekosten.

VERLAGERUNG VON INSTITUTIONELLER ALTENPFLEGE ZUR HÄUSLICHEN ALTENPFLEGE

Die Zielsetzung in Finnland besteht darin, älteren Menschen zu ermöglichen, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu bleiben und zu Hause über die Dienste der Altenpflege versorgt zu werden (*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos* 2021a). Institutionelle Altenpflege ist schon seit einiger Zeit reduziert worden, und das verstärkt (24-Stunden) betreute Wohnen hat zugenommen. Die Zahl der häuslichen Altenpflegebesuche ist ebenso erheblich gestiegen. Die Zahl der Beschäftigten in der häuslichen Altenpflege ist jedoch nicht im gleichen Maße gestiegen. Die Kund_innen in der häuslichen Altenpflege sind auch zunehmend in einem schlechten Gesundheitszustand, manche haben Schwierigkeiten aufgrund von Suchtmittelmissbrauch oder leiden unter psychischen Problemen und viele haben Gedächtnisstörungen. Dies hat zu einer Situation geführt, in welcher die häuslichen Altenpflegedienstleistungen schnell erledigt werden und sowohl Kund_innen als auch Beschäftigte mit der Situation häufig unzufrieden sind. Die Kund_innen zahlen eine einkommensbasierte monatliche Gebühr für die regelmäßig zu Hause erbrachte Dienstleistung, für Home Service und für häusliche Altenpflegedienste (diese Leistungen umfassen z. B. die medizinische Versorgung oder Leistungen zur Unterstützung der Selbstständigkeit der Kund_innen), wobei die Gebühr gemäß der Zusammenstellung der Leistungen, dem Bruttoeinkommen des Kunden oder der Kundin und der Größe der Familie festgelegt wird.

Ein Kunde oder eine Kundin regelmäßiger häuslicher Altenpflege hat Anspruch auf von der Kommune organisierte Betreuungsdienste. Diese beinhalten Mahlzeiten, Wäsche, Baden, Einkaufen und Tageszentren. Die Kosten für eine nach Hause gelieferte Mahlzeit liegen normalerweise bei 7,50 Euro und der Einkaufsservice berechnet 10 Euro pro Einkauf. Die Kosten für Betreuungsdienste schwanken je nach Kommune erheblich, da diese gesetzlich nicht genau festgelegt sind.

Eine Reform des Finnischen Gesetzes zu Kundengebühren im Gesundheitswesen und in der Sozialfürsorge ist derzeit in Vorbereitung. Diese wird die Kosten der institutionellen Altenpflege und des verstärkt betreuten Wohnens sowie die Kosten des betreuten Wohnens und der Langzeitpflege zu Hause vereinheitlichen (Sosiaali- ja terveystieteistö 2020a).

GESETZGEBUNG UND RICHTLINIEN FÜR DIENSTLEISTUNGEN FÜR ÄLTERE

Das finnische Gesetz zur Unterstützung der Funktionstüchtigkeit der Älteren Bevölkerung und zu Sozial- und Gesundheitsleistungen für Ältere (das Gesetz über Dienstleistungen für Ältere) regelt unter anderem die Arten der Dienstleistungen, die älteren Menschen zur Verfügung stehen und wie diese erbracht werden (Sosiaali- ja terveystieteistö 2013). Das Gesetz legt auch die Qualifikationen und Personalbesetzung fest. Im Herbst 2020 wurde für das 24-Stunden betreute Wohnen nach jahrelangen Kampagnen eine Mindestpersonaldecke von 0,7 Beschäftigte pro Bewohner_in eingeführt. Das Gesetz wird während einer Übergangsphase schrittweise in Kraft treten, wobei die Mindestpersonaldecke bis 1.4.2023 vollständig umgesetzt sein soll (Sosiaali- ja terveystieteistö 2020b). Gewerkschaften haben wegen der langen Übergangsphase ihre Bedenken geäußert. Die Verantwortlichen sind aufgrund der schlechten ökonomischen Situation der Kommunen und des Mangels an zusätzlich benötigten Altenpflegekräften allerdings nicht der Auffassung, dass die Mindestpersonaldecke auf Anhieb erreicht werden kann. Laut neuem Gesetz wird zwischen direkter und indirekter Arbeit unterschieden, sodass die Mindestpersonaldecke nur für Beschäftigte gilt, die direkt mit Kund_innen arbeiten. Diese Unterscheidung ist bereits im Oktober 2020 in Kraft getreten. Indirekte Arbeit besteht beispielsweise in Wäsche waschen und Grundstückspflege, Essenszubereitung, Heizen und administrativer Arbeit. Es wird bei der Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Arbeit praktische Herausforderungen geben. Allgemein gilt das Aufwärmen von Mahlzeiten oder Abräumen von Geschirr als indirekte Arbeit, wenn diese Arbeit jedoch gemeinsam mit den Kund_innen erledigt wird als direkte Arbeit. Die Aufgaben von Altenpflegekräften können, auch in Zukunft, indirekte, unterstützende Arbeit beinhalten, in diesem Fall müssen die Stunden angerechnet und können nicht in der Personalbesetzung eingeplant werden.

Im November 2020 schickten die Gewerkschaften JHL, SuPer und Tehy ihren Mitgliedern und Betriebsratsvorsitzenden einen Fragebogen, in dem danach gefragt wurde, wie die Arbeitsplätze auf die neue Unterscheidung zwischen

direkter und indirekter Arbeit reagiert haben. Der Befragung nach zu urteilen, ist die Unterscheidung zwischen direkter und indirekter Arbeit wohl noch nicht ausreichend an den Arbeitsplätzen in die Praxis umgesetzt worden.

AUSWIRKUNGEN DER EINFÜHRUNG VON MINDESTPERSONALDECKEN

Gewerkschaften sind darüber besorgt, wie sich die Personalbesetzung für verstärkt betreutes Wohnen auf die häusliche Altenpflege auswirken wird. Mit der Mindestpersonaldecke soll die Situation von Personal und Bewohner_innen beim verstärkt betreuten Wohnen verbessert werden. Dies soll erwartungsgemäß auch positive Auswirkungen auf die Fähigkeit der Beschäftigten haben, die Arbeit zu bewältigen und im Beruf zu bleiben. Für die häusliche Altenpflege gibt es bisher noch keine Mindestpersonaldecke, und es wird befürchtet, dass die Altenpflegekräfte der häuslichen Altenpflege zur Pflege beim verstärkt betreuten Wohnen wechseln. Eine Mindestpersonaldecke für häusliche Altenpflege ist in Vorbereitung, allerdings gibt es noch keine Informationen dazu, wie diese aussehen oder wann sie gelten soll.

Zusätzlich zum Gesetz über Dienstleistungen für Ältere wird die Bereitstellung der Dienstleistungen für Ältere ebenfalls geregelt, z. B. durch eine im Herbst 2020 reformierte Qualitätsempfehlung. Die Empfehlung beinhaltet Richtlinien hinsichtlich der Entwicklungsstruktur der Dienstleistungen und der Lebens- und Pflegeumgebungen sowie Zahl, Kompetenz und Verwaltung der Beschäftigten (Sosiaali- ja terveystieteistö 2020c).

Trotz guter Gesetzgebung und Empfehlungen entsprechen die Praktiken nicht immer den Zielvorgaben. Personalbesetzungen sind oftmals unzureichend, was zeitweise zu ernsthaften Defiziten bei den Seniorendiensten geführt hat. Die Genehmigungs- und Aufsichtsbehörde des Sozial- und Gesundheitssektors Valvira ist die nationale Aufsichtsbehörde für soziale Dienstleistungen. Valvira musste 2018 den Betrieb einiger privater Altenpflegeheime einstellen, unter anderem aufgrund anhaltender Vernachlässigung (News Now 2019).

BESCHÄFTIGUNGSSTANDARDS

Fachkräfte aus verschiedenen Bereichen arbeiten in der Altenpflege. Die Mehrheit der Beschäftigten, die in häuslicher Altenpflege und institutionellen und betreuten Wohndiensten mit Senior_innen arbeiten, sind Pfleger_innen mit einer beruflichen Qualifikation in Pflege und Gesundheit. Registrierte Pflegekräfte arbeiten bis zu einem gewissen Grad auch in der Altenpflege, genau wie Sozialarbeiter_innen, Pflegehelfer_innen und Hausverwalter_innen.

Zwei grundlegende Kategorien von Berufstätigen arbeiten in den Gesundheits- und Pflegediensten: die mit einer geschützten Berufsbezeichnung und die mit einer Lizenz. Valvira stellt auf Antrag Lizenzen oder geschützte Berufsbezeichnungen aus und trägt die Person in das Fachkräftere-

gister ein. Das Register ist öffentlich, und jede_r kann darauf zugreifen und sehen, ob eine Person darin eingetragen ist (Valvira 2021). Pflegekräfte sind lizenzierte Fachkräfte im Gesundheitswesen. Das bedeutet, dass nur eine Person mit einem Abschluss in der Krankenpflege auch als Krankenpfleger_in arbeiten kann. Krankenpfleger_innen erhalten ihre Ausbildung an Fachhochschulen, und der Studiengang dauert ungefähr 3,5 Jahre. Pfleger_in mit beruflicher Qualifikation ist eine geschützte Berufsbezeichnung für eine Fachkraft in den professionellen Gesundheits- und Sozialdiensten. Nur eine Person, die über eine berufliche Qualifikation in der Pflege verfügt, darf diesen Titel verwenden, auch wenn andere mit ausreichender Ausbildung ähnliche Aufgaben erfüllen können. Für die Ausbildung zur Pflegekraft mit beruflicher Qualifikation ist ein Sekundarschulabschluss notwendig, die Ausbildung dauert zwei bis drei Jahre, je nach vorherigen Kenntnissen. Examierte Pflegekräfte sind auch in dem Zentralregister für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen registriert.

Für Pflegehelfer_innen gibt es keine offizielle Pflichtausbildung, in der Praxis jedoch bestand die Ausbildung aus zwei Teilen der beruflichen Qualifikation zur Pflegekraft und dauert circa acht Monate. Dies ist jedoch keine offizielle Qualifikation. Das lange geplante Gesetz über Dienstleistungen für Ältere, das im Herbst 2020 verabschiedet wurde, stärkte den Status der Pflegehelfer_innen als Teil der Dienste für Ältere, und die Aus- und Fortbildung für Pflegehelfer_innen wird derzeit reformiert. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit (STM) plant, die Aus- und Fortbildung für Pflegehelfer_innen auszuarbeiten. Die Idee ist, diese teilweise auf der Ausbildung examinierter Pflegekräfte basieren zu lassen, damit es später einfacher ist, die Ausbildung fortzusetzen und Pfleger_in mit beruflicher Qualifikation zu werden. Die Arbeit eines Pflegehelfers oder einer Pflegehelferin gilt als direkte Arbeit, jedoch können auch auf indirekte Arbeit bezogene Aufgaben in der Arbeitsbeschreibung enthalten sein, vorausgesetzt, dass diese auch bei der Personalbesetzung berücksichtigt werden. Die Arbeit als Pflegehelfer_in beinhaltet gewisse Einschränkungen, so dürfen Pflegehelfer_innen beispielsweise während einer Schicht nicht alleine arbeiten und ihre Ausbildung berechtigt sie nicht dazu, an medizinischen Behandlungen teilzunehmen. Der oder die Arbeitgeber_in kann Pflegehelfer_innen allerdings für begrenzte Aufgaben in der medizinischen Behandlung ausbilden.

Die Mehrheit der Beschäftigten in der Altenpflege, rund zwei Drittel, arbeiten in der 24-Stunden-Pflege. Ungefähr 20.000 von ihnen sind examinierte Pflegekräfte, und weniger als 3.000 sind registrierte Pflegekräfte. Bislang liegt die Zahl der Pflegehelfer_innen unter 1.000. Bei der häuslichen Pflege ist die Verteilung ähnlich: Es gibt ungefähr 12.000 examinierte Pflegekräfte und weniger als 2.000 registrierte Pflegekräfte.

MANGEL AN QUALIFIZIERTEM PERSONAL

In Pflege und Gesundheit ist bereits seit langer Zeit ein Mangel an qualifiziertem Personal, besonders in der Altenpflege,

zu verzeichnen. Rund 4.500 Pflegekräfte mit Schwerpunkt Altenpflege machen jedes Jahr ihren Abschluss. Schätzungsweise wird ungefähr ein Fünftel der in diesem Sektor Beschäftigten bis 2030 in den Ruhestand gehen, daher besteht also ein großer Bedarf an zusätzlichen Arbeitskräften. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit sieht eine verstärkte Aus- und Fortbildung der Pflegehelfer_innen als eine Möglichkeit, wie auf den Arbeitskräftemangel zu reagieren ist. Auch wird in Zukunft die Mehrheit der Beschäftigten in dem Bereich aus Pfleger_innen mit beruflicher Qualifikation bestehen, und es wird in den kommenden Jahren eine größere Herausforderung darstellen, neue examinierte Pflegekräfte zu finden. Hinsichtlich der Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen wird es einen besonderen Mangel an Fachleuten in puncto Gerontologie, Gedächtnisstörungen und Rehabilitation geben.

JHL ist der Meinung, dass Pflegehelfer_innen eine Quelle zusätzlicher Arbeitskräfte im Bereich der Altenpflege darstellen können. Außerdem werden einige Pflegehelfer_innen wahrscheinlich ihre Ausbildung fortsetzen und Pfleger_in mit beruflicher Qualifikation werden, was wiederum den Mangel an Pflegekräften einzudämmen hilft. Der Lohn für eine Pflegekraft mit beruflicher Qualifikation liegt bei ungefähr 2.100 Euro im Monat, registrierte Pflegekräfte verdienen 2.500 Euro, Pflegehelfer_innen 1.800 Euro und Sozialarbeiter_innen rund 3.500 Euro pro Monat. Zusätzlich zum Grundlohn werden Abend-, Nacht- und andere Zuschläge gezahlt. Beschäftigte sind zum Großteil fest angestellt und arbeiten in Vollzeit. Jedoch kommt Zeitarbeit recht häufig vor, hauptsächlich daher, weil in einem von Frauen dominierten Bereich Vertretungen häufig benötigt werden, z.B. aufgrund von Elternzeit.

Im Wesentlichen sind vier Gewerkschaften mit der Altenpflege in Finnland verbunden – nicht alle ihrer Mitglieder arbeiten in der Altenpflege:

- SuPer, die examinierte Pflegekräfte vertritt, hat ungefähr 90.000 Mitglieder. SuPer ist die größte Gewerkschaft für Altenpflege.
- Tehy, mit 160.000 Mitgliedern, vertritt Fachkräfte in Gesundheit und Pflege, hauptsächlich examinierte Pflegekräfte. Die meisten Tehy-Mitglieder arbeiten nicht in der Altenpflege.
- Talentia, mit 26.000 Sozialarbeiter_innen und Beschäftigten in der Altenpflege, vertritt bei der Altenpflege vorwiegend diejenigen, die entscheiden, welche Arten von Dienstleistungen angeboten werden sollen.
- JHL, deren Mitglieder alle Berufsgruppen vertreten, einschließlich examinierte Pflegekräfte, Pflegehelfer_innen und Hausverwalter_innen, ist die zweitgrößte Gewerkschaft in Finnland mit 200.000 Mitgliedern.

Die Mehrheit der Beschäftigten in Finnland gehört immer noch einer Gewerkschaft an, obgleich die Mitgliederzahlen in den vergangenen Jahren gesunken sind.

COVID-19 IN FINNLAND UND DAS GESETZ ZUR NOTSTANDSERMÄCHTIGUNG

Die ersten Fälle von Covid-19 in Finnland wurden im Februar 2020 unter Reisenden, die aus dem Ausland zurückkehrten, verzeichnet. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit und die betreffenden Behörden koordinierten gemeinsame, auf das Coronavirus bezogene Richtlinien und Anweisungen, und die Website des Ministeriums enthält umfassende Materialien zu Richtlinien und Empfehlungen, die während der Pandemie ausgegeben wurden (Ministry of Social Affairs and Health 2021). Schon bald nach den ersten bestätigten Fällen Anfang März wurde empfohlen, internationale Reisen und große Versammlungen einzuschränken und bei grippeähnlichen Symptomen den Kontakt mit Älteren zu meiden. Am 4.3.2020 forderte das Ministerium für Soziales und Gesundheit die Kommunen und Krankenhausbezirke auf, sich auf eine Epidemie vorzubereiten, insbesondere die Situation älterer und chronisch kranker Menschen im Auge zu behalten und sich auf mögliche Quarantänemaßnahmen einzustellen. Die Zahl der infizierten Personen begann rapide zu steigen. Das Coronavirus war bereits am 24.2.2020 der Liste der generell gefährlichen Infektionskrankheiten im finnischen Gesetz über Infektionskrankheiten hinzugefügt worden, wodurch es z. B. möglich war, eine Person auch gegen ihren Willen unter Quarantäne zu stellen. Gemäß dem Gesetz über Infektionskrankheiten kann ein_e Beschäftigte_r, der oder die sich mit dem Coronavirus infiziert hat oder wegen des Coronavirus unter Quarantäne gestellt wurde, die vollständige Entschädigung des Einkommensverlustes (Infektionskrankheitenzuschuss) von der Sozialversicherungsanstalt Finnlands (Kela) beantragen, wenn er oder sie die Stellungnahme des Arztes oder der Ärztin zur Quarantäne vorlegen kann, wie in dem Gesetz gefordert (Kansaneläkelaitos 2021). Diese Entschädigung für Einkommensverluste erleichterte die finanzielle Situation der Erkrankten beträchtlich.

Das Gesetz über Infektionskrankheiten und die Maßnahmen, die durch das Gesetz ermöglicht werden, waren jedoch nicht ausreichend, und am 16.3.2020 fasste die finnische Regierung den historischen Entschluss, das Gesetz zur Notstandsermächtigung einzuberufen. Dieses verleiht den Behörden zusätzliche Vollmachten, um auf Situationen wie z. B. Krieg zu reagieren – oder auf einen größeren Ausbruch einer ernsthaften Infektionskrankheit. Es war das erste Mal in der Geschichte Finnlands, dass das Gesetz zur Notstandsermächtigung angewandt wurde. Es trat am 18.3.2020 in Kraft (Eduskunta 2020). Das Gesetz zur Notstandsermächtigung schränkt die Rechte der Bürger_innen und das normale Leben durch Regierungsdekrete ein. Das Gesetz ist als ausdrücklich letztes Mittel bei Vorliegen einer ernsthaften Störung anzuwenden, wie in Abschnitt 1 des Gesetzes angegeben: »Der Zweck dieses Gesetzes besteht darin, die Bevölkerung zu schützen und ihre Existenz und die nationale Wirtschaft zu sichern, die Rechtsordnung und Grund- und Menschenrechte zu bewahren und die territoriale Integrität und Unabhängigkeit Finnlands in Notsituationen zu wahren« (Oikeusministeriö 2012). In Finnland hieß das beispielsweise, dass das Gesetz angewandt werden konnte, um Schulen, Bibliotheken, Theater, Restaurants und andere Frei-

zeiteinrichtungen zu schließen. Eine Behörde kann ihren eigenen Beschluss zur Schließung von Grundstücken und Betrieben fassen, so kann zum Beispiel die Stadt Helsinki unabhängig entscheiden, ihre Bibliotheken zu schließen. Das Gesetz zur Notstandsermächtigung war insbesondere deswegen vonnöten, um die Schließung privater Geschäftsaktivitäten zu verfügen, z. B. Restaurants.

Am 17.3.2020 erließ die Regierung gemäß dem Gesetz zur Notstandsermächtigung ein Dekret, das Auswirkungen hatte auf die Stellung der Beschäftigten und Beamt_innen, die sogenannte entscheidende Aufgaben erfüllen. Laut Dekret gehören zu den Beschäftigten in Bereichen, die für das Funktionieren der Gesellschaft entscheidend sind, die Personen, die im Sozial- und Gesundheitswesen arbeiten, Beschäftigte in Notrufzentralen, Beschäftigte des Grenzschutzes, der Verteidigungskräfte und der Polizei. Für diese Beschäftigten erlaubte das Gesetz zur Notfallermächtigung z. B. Abweichungen von den Vorschriften des Arbeitszeitgesetzes in puncto Pausen und Überstunden sowie von den Regelungen zum Gewähren des Jahresurlaubs. Laut Dekret kann der oder die Arbeitgeber_in Überstundenarbeit durch einseitige Ankündigungen auslagern, Schichten ändern, Beschäftigte an andere Arbeitsplätze versetzen und bestätigten Urlaub von Beschäftigten, welche die oben genannten Aufgaben erledigen, stornieren. Das heißt, dass z. B. ein_e Pfleger_in mit beruflicher Qualifikation von der Arbeit im Bereich frühkindliche Erziehung einem Krankenhaus oder Pflegeheim zugeordnet oder eine registrierte Pflegekraft an die Notfallstation eines Krankenhauses versetzt werden kann.

Die Umsetzung des Dekrets beinhaltete auch die Ermächtigung, Personal im Gesundheitswesen zu rekrutieren. Das wurde aber nie geltend gemacht.

Das Gesetz zur Notfallermächtigung war bis 16.6.2020 in Kraft. Danach wurde die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, des Arbeitsverträgesgesetzes und des Jahresurlaubsgesetzes und der Vorschriften der Tarifverträge wieder aufgenommen. Als sich die zweite Welle des Coronavirus verstärkte, gab es wieder eine Diskussion darüber, ob das Gesetz zur Notfallermächtigung oder andere, strengere Sondermaßnahmen angewandt werden sollen. Eine Änderung des Gesetzes über Infektionskrankheiten wurde angegangen, um Behörden die Befugnis zu geben, strengere Maßnahmen ergreifen zu können, ohne das Gesetz zur Notfallermächtigung anzuwenden. Bis 26.1.2021 sind jedoch keine neuen Verordnungen erlassen worden.

DIE AUSBREITUNG DES VIRUS

Es gab im Januar 2021 immer noch einige Kommunen und Gebiete in Finnland, in denen die Covid-19-Infektionsrate sehr niedrig ist. Es handelt sich dabei meist um kleine und dünn besiedelte ländliche Kommunen. Es gab zu verschiedenen Zeiten in verschiedenen Teilen Finnlands Krankheitsausbrüche, die Infektionsketten sind jedoch ziemlich gut unter Kontrolle gehalten worden und rasche Beschränkungen halfen, die weitere Ausbreitung des Virus aufzuhalten.

Im Frühling trugen harte Einschränkungen und die Abriegelung der gesamten Region Uusimaa vom restlichen Finnland vom 28.3.2020 bis 15.4.2020, mit Ausnahme von dringend notwendigen Reisen, dazu bei, eine massive Ausbreitung des Virus an das übrige Finnland zu stoppen. Öffentliche Einrichtungen wie Bibliotheken, Hallenbäder und Fitnessstudios wurden im Frühling ebenfalls geschlossen. Restaurants wurden anfangs geschlossen, ein wenig später allerdings wurde die Ausgabe von Essen zum Mitnehmen gestattet. Ansammlungen wurden anfangs auf 500 Menschen, später dann auf zehn begrenzt. Schulen, Universitäten und andere Bildungseinrichtungen wurden auch geschlossen, wobei der Unterricht als Fernunterricht stattfand. Kindertagesstätten waren die gesamte Zeit über geöffnet, obwohl im Frühjahr die Empfehlung lautete, dass Kinder möglichst zu Hause bleiben sollten. Jedem und jeder, der oder die Telearbeit leisten konnte, wurde dazu geraten, und Beschäftigten, deren Arbeit engen Kontakt zu anderen umfasste, wurde nachdrücklich empfohlen, Masken und andere PSA zu verwenden. Die Maßnahmen wurden zu einem sehr hohen Grad eingehalten. Freizeitaktivitäten im Freien wurden überhaupt nicht eingeschränkt, und es gab im Frühjahr einen noch nie da gewesenen Anstieg bei der Nutzung der Outdoor-Erholungsgebiete in Finnland. Von Reisen ins Ausland wurde nach März zu jedem Zeitpunkt im Wesentlichen abgeraten, und Finnland bleibt noch im Dezember 2020 im Hinblick auf Einreisebeschränkungen eines der strengsten Länder in Europa.

Die Pandemie schwächte sich im Sommer 2020 ab und pro Tag wurden nur wenige Fälle bestätigt. Es gab nur sehr geringen Bedarf an intensivmedizinischer Behandlung, und die Beschränkungen wurden nacheinander aufgehoben. Das Leben verlief im Sommer fast in normalen Bahnen, wenngleich beispielsweise die Teilnehmerzahl bei öffentlichen Veranstaltungen immer noch begrenzt war und Restaurants härteren Einschränkungen unterworfen waren. Im Herbst begann das Schuljahr fast wie gewohnt, nur Universitäten boten weiterhin Fernunterricht an. Berufstätige arbeiten ebenfalls weiter im Homeoffice, wenn auch nicht im selben Maße wie im Frühjahr. Da die Beschränkungen größtenteils aufgehoben waren, fingen die Menschen an, so zu leben, als ob das Virus nicht existierte. Es gab massive soziale Kontakte, Feiern in Restaurants und eine Rückkehr zum alltäglichen Leben. Die Folge davon ist, dass es eine starke Zunahme an neuen Fällen gab. Seit September 2020 sind die Beschränkungen bei Ansammlungen wieder strenger geworden, und viele Gebiete in Finnland sehen sich wieder in der Covid-19-Ausbreitungsphase.

Finnland hat die Ausbreitung des Virus in drei Stufen eingeteilt: eine Baseline-Phase, eine Beschleunigungsphase und eine Ausbreitungsphase. Eine Ausbreitungsphase liegt vor, wenn z. B.:

- die Sieben-Tage-Inzidenz über 15–25 Fälle pro 100.000 Einwohner_innen und die 14-Tage-Inzidenz über 25–50 Fälle pro 100.000 Einwohner_innen liegt;
- die tägliche Zuwachsrate neuer Fälle zehn Prozent übersteigt;

- die positive Rate zwei Prozent übersteigt;
- weniger als die Hälfte der Virusherde zurückverfolgt werden kann;
- der Bedarf an Krankenhauseinweisungen und Intensivmedizin erheblich steigt.

Die größten Ausbrüche waren in der Metropolregion von Helsinki zu verzeichnen. Ab dem 30.11.2020 galten teilweise wieder die Beschränkungen vom Frühjahr, was bedeutete, dass die städtischen Schwimmbäder, Bibliotheken und Fitnessstudios geschlossen und Zusammenkünfte auf zehn Personen begrenzt wurden. Schulen der Sekundarstufe II wurden auch größtenteils geschlossen und der Unterricht fand in Form von Fernunterricht statt. Universitäre Lehre findet seit März nur online statt. Von privaten Zusammenkünften von mehr als zehn Personen wird ebenfalls abgeraten. Es wurde dringend empfohlen, alle nicht notwendigen engen Kontakte mit Personen außerhalb der eigenen Familie zu vermeiden. Die Beschränkungen gelten nicht für private Unternehmen, da die Behörden ohne das Gesetz zur Notstandsermächtigung nicht die Befugnis besitzen, sich in die Aktivitäten privater Unternehmen einzumischen. Gemäß der normalen Gesetzgebung können Restaurants keine breiteren Einschränkungen bezüglich Öffnungszeiten und Anzahl erlaubter Gäste auferlegt werden, die früheren Beschränkungen zu Alkoholausschankzeiten und erlaubter Anzahl der Gäste sind jedoch immer noch in Kraft.

Ministerpräsidentin Sanna Marin gab mehrmals bekannt, dass, falls sich die Lage nicht bessern sollte, die Regierung darauf vorbereitet sei, strengere Maßnahmen wie im Frühjahr zu erlassen. Im November sind wir in eine Phase gekommen, in welcher, obgleich die Belastung des Gesundheitssystems nicht so stark war wie im zurückliegenden Frühjahr, der Krankenhausbezirk von Helsinki und Uusimaa seine Bereitschaft auf die höchste Stufe setzen musste und dabei besonders auf die starke Zunahme an Fällen verwies. Kontaktverfolgung ist auch nicht mehr länger angemessen. Anfang Dezember nahm die Inzidenz der Krankheit in allen Gebieten zu.

Besonders besorgniserregend ist, dass, während die Fälle im Herbst meistens jüngere Altersgruppen betrafen, die Zahlen vom Januar 2021 nun aber wieder auf einen klaren Anstieg der Infektionsraten bei älteren Menschen hindeuten. Je älter die infizierte Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er oder sie im Krankenhaus oder auf der Intensivstation enden wird. Mehrere Fälle wurden Anfang 2021 auch in Altenpflegeheimen gemeldet, und die infizierten Personen waren sowohl Bewohner_innen wie auch Mitarbeiter_innen.

DIE KRANKEN UND DIE VERSTORBENEN

Mit Stand vom 22.1.2021 werden in Finnland 148 Patient_innen im Krankenhaus aufgrund von Covid-19 behandelt, 26 davon befinden sich in intensivmedizinischer Behandlung. Seit Beginn des Jahres sind insgesamt 41.565 bestä-

tigte Fälle gemeldet worden und bis 19.1.2021 mussten summa summarum 437 Patient_innen intensivmedizinisch behandelt werden. Von den Intensivpatient_innen waren 67 Prozent Männer. Die Inzidenzrate in Finnland liegt im Durchschnitt bei 66,3/100.000 Einwohner_innen. Es gibt jedoch große regionale Unterschiede (Terveystiedot ja hyvinvointin laitos 2021b).

Die Gesamtzahl der Todesfälle im Zusammenhang mit Covid beträgt seit dem Frühjahr 638. Davon waren 49 Prozent Männer und 51 Prozent Frauen. Das Durchschnittsalter der Verstorbenen liegt bei 84. Mehr als 95 Prozent der Verstorbenen waren Menschen mit einer oder mehreren chronischen Krankheiten. Insgesamt starben 33 Prozent im verstärkt (24-Stunden) betreuten Wohnen. Die Statistik zeigt aber wohl alles in allem keine Übersterblichkeit.

THL erstellt täglich Statistiken aus verschiedenen Krankenhausbezirken zur Anzahl der Personen, die positiv auf das Coronavirus getestet wurden. Die Daten werden auf der Website von THL veröffentlicht (Finish Institute for Wealth and Health Care 2021).

ALTENPFLEGE UND CORONA

Während des Covid-19-Zeitraums standen die Beschäftigten in Pflege und Gesundheit unter extremem Druck. Die Arbeit, die bereits anstrengend war, wurde noch anstrengender, und es nahm nicht nur die körperliche Anstrengung, sondern auch der psychische Druck erheblich zu. Beschäftigte werden durch ständige Eile und Unsicherheit an ihre Grenzen gebracht und zum psychischen Stress kommt die Angst hinzu, krank zu werden oder dass ein geliebter Mensch krank wird. Von Anfang an lag der Fokus bei der Eindämmung des Coronavirus auf dem Gesundheitswesen, besonders auf erfolgreicher Intensivmedizin. Altenpflege wurde weniger beachtet, und dies wurde besonders in der Anfangsphase der Pandemie deutlich, als sich das Coronavirus in mehreren Altenpflegeheimen ausbreitete. Es traten auch Probleme bei der häuslichen Altenpflege auf, da Altenpfleger_innen täglich mehrere Kund_innen besuchten und häufig keine ausreichende PSA besaßen. Von Anfang an zeigten sich Gewerkschaften besorgt wegen der ungenügenden Vorbereitung innerhalb der Altenpflege. Aber erst im Verlaufe des Frühlings wurde schließlich eine Empfehlung ausgesprochen, dass das Personal möglichst wenig zwischen verschiedenen Arbeitsstellen wechseln sollte, sodass dieselben Altenpfleger_innen immer nur dieselben Kund_innen besuchen würden. Man bemühte sich auch, die Bewegungen zwischen Arbeitsplätzen/Gebäuden bei Diensten des betreuten Wohnens zu begrenzen.

In Finnland kann Covid-19 als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn die Exposition wahrscheinlich und primär bei der Arbeit, in der Nähe des Arbeitsplatzes oder bei einer arbeitsbedingten Schulungsveranstaltung stattfand. Falls die Exposition bei der Arbeit wahrscheinlich nicht die Hauptursache für die Erkrankung ist, kann die Krankheit nicht als Berufskrankheit geltend gemacht werden. Dies ist der Fall,

wenn beispielsweise jemand aus dem unmittelbaren Umfeld des oder der Beschäftigten bereits infiziert ist und Untersuchungen keine Informationen dafür liefern, dass die Exposition wahrscheinlich primär bei der Arbeit stattgefunden hat. Bis Ende Dezember 2020 bearbeitete die Behörde für Ausgleichszahlungen bei Arbeitsunfällen (Tako) 175 Forderungen wegen Coronavirus-Exposition, von denen bei 138 die Kriterien für eine Berufskrankheit als erfüllt angesehen wurden (Tapaturmavakuutuskeskus 2020).

Covid-19 wird nicht automatisch bei einer Berufsgruppe als Berufskrankheit anerkannt, sondern es werden von jedem und jeder Beschäftigten dieselben Erklärungen verlangt.

PERSÖNLICHE SCHUTZAUSRÜSTUNG UND TESTS

Eine breite Debatte zum Gebrauch von Masken und anderer PSA entstand unter Pflegepersonal und Bürger_innen, als die Pandemie im Frühling 2020 ausbrach. Zu dem Zeitpunkt herrschte ein Mangel an PSA, was wohl auch den Ton der Debatte beeinflusste. Für die Beschäftigten in Pflege und Gesundheit liegt die primäre Verantwortung für die PSA-Vorräte bei den Pflege- und Gesundheitsversorgungseinheiten, die über einen dreimonatigen Notfallvorrat an Ausrüstung verfügen sollten. Im Frühling 2020 wandte sich die Gesundheitsversorgungseinheit an die Nationale Notfallversorgungsagentur (Huolovarmuuskeskus 2021), die zuständige Stelle für die Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit wichtiger Gesundheitsversorgung und Medikamente. Der Agentur fehlte zu der Zeit auch eine ausreichende Versorgung mit Schutzkleidung für das Sozial- und Gesundheitswesen, was vielleicht auch eine Rolle beim Mangel an klaren Richtlinien zum Gebrauch der PSA zu Beginn eine Rolle gespielt hat. Im Frühling gaben verschiedene Behörden (STM, THL) auch teilweise widersprüchliche Richtlinien heraus. Außerdem gaben Arbeitgeber_innen im Sozial- und Gesundheitswesen ihrem Personal vielleicht auch Richtlinien an, die sich von den Empfehlungen der Behörden unterschieden. Die uneinheitlichen Richtlinien verursachten unter den Beschäftigten einige Verwirrung. Besonders in der Anfangsphase der Pandemie kritisierten Beschäftigte und Gewerkschaften den Mangel an persönlicher Schutzausrüstung, die geringe Wirksamkeit der PSA (z. B. bestand die PSA, die in der Altenpflege verwendet wurde, zum Teil aus waschbaren Stoffmasken oder sogar Schals) oder die unklaren Anleitungen zu deren Gebrauch. Zusätzliche PSA war relativ schnell besorgt, und im Mai 2020 wurde die Situation klarer und die Richtlinien wurden einheitlicher.

Im Frühling und Sommer 2020 wurden die Masken von der allgemeinen Bevölkerung eigentlich nicht getragen. Das Ministerium für Soziales und Gesundheit veröffentlichte im Mai einen Bericht zum Tragen von Masken, und auf der Grundlage dieses Berichts wurde keine Empfehlung zum Gebrauch von Masken abgegeben. Als wichtigstes Mittel zum Schutz gegen das Virus wurden Abstandhalten und gute Handhygiene angesehen (Sosiaalija terveysministeriö 2020d). Eine allgemeine Empfehlung zum Tragen von Masken wurde erst im Herbst veröffentlicht, der entsprechend Masken in öffentlichen Verkehrsmitteln und an an-

deren Orten, an denen ein Sicherheitsabstand nicht möglich ist, zu tragen seien.

Beschäftigte – und andere Bevölkerungsgruppen – wurden zuerst nicht regelmäßig getestet. Es gab auch bis Mitte April Probleme bei den Testkapazitäten, und nur Menschen mit eindeutigen Symptomen wurden getestet. Einige Verwirrung entstand auch darüber, wie Menschen im engeren Umfeld einer infizierten Person unter Quarantäne gestellt werden sollten. Die Vorgehensweisen dabei waren wohl von Region zu Region unterschiedlich, was die Lage weiter verwirrte.

Nach den Herausforderungen des Vorfrühlings wurden sogar Personen mit schwachen Symptomen zum Testen aufgefordert, das Testen wurde aber weiter ermöglicht, und es konnte mehrere Tage dauern, bis man getestet wurde und die Ergebnisse bekam. Tests wurden von Kliniken sowohl des öffentlichen als auch privaten Sektors durchgeführt. Die Lage beruhigte sich im Sommer wieder und die Zahl der Neuinfektionen ging eindeutig zurück.

Im August 2020 begann eine zweite Welle der Pandemie in Finnland und in anderen Teilen Europas und zog im November weiter an. Tests wurden im August verstärkt durchgeführt, da die Schulen wieder anfangen und die Menschen aus dem Sommerurlaub zur Arbeit zurückkehrten. Aktuell erfolgt das Testen schnell, aber es gibt Herausforderungen beim Rückverfolgen der Infektionsketten und nur rund die Hälfte der Virusherde kann identifiziert werden.

INFIZIERTES PERSONAL

Alle Fälle einer Covid-19-Infektion in Finnland werden in das Nationale Register für Infektionskrankheiten eingetragen. Laut THL-Bericht wurden in Finnland im Frühjahr innerhalb der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter 5.599 bestätigte Fälle einer Covid-19-Infektion gemeldet, von denen 949 Beschäftigte im Gesundheitswesen waren. Beschäftigte im Gesundheitswesen machten im Frühjahr ungefähr 17 Prozent aller bestätigten Covid-19-Fälle unter der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter aus.

Im Sommer, als es einfacher war, die Ausbreitung des Virus einzudämmen, gab es bis Ende August 1.027 bestätigte Covid-19-Fälle. Davon gehörten 883 zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter, von denen 47 Beschäftigte im Gesundheitswesen waren. Damit entfallen rund 5,3 Prozent aller bestätigten Covid-19-Fälle im Sommer auf Menschen im erwerbsfähigen Alter (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020).

Von den im Frühling mit Covid-19 infizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen waren 652 bekanntermaßen in engem Kontakt zu einer auf das Virus positiv getesteten Person gewesen. Mehr als die Hälfte davon (367) hatte engen Kontakt zu einer infizierten Person bei der Arbeit, 285 davon an einem anderen Ort. Die Quelle der Infektion von knapp einem Drittel der Beschäftigten im Gesundheitswesen war nicht bekannt. Von den Infektionen unter im Gesundheitswesen Tätigen im Sommer war knapp die Hälfte

(20 Fälle) derart, dass der Kontakt zu einer infizierten Person bekannt war. Sieben davon erfolgten bei der Arbeit. Die Quelle von insgesamt 27 Fällen, das heißt über der Hälfte, war nicht bekannt.

Das durchschnittliche Alter der im Gesundheitswesen Beschäftigten, die sich mit Covid-19 ansteckten, lag bei 35.

RICHTLINIEN FÜR ÄLTERE MENSCHEN

Mitte März wurden Einschränkungen für Besuche von älteren Menschen erlassen. Besuche in Altenpflegeheimen wurden verboten (mit Ausnahme der Palliativpflege), und allen Personen über 70 wurde empfohlen, zu Hause zu bleiben (Valtioneuvosto 2020b). Dies führte dazu, dass die große Mehrheit der älteren Menschen, die zu Hause leben, für mehrere Monate isoliert (die Empfehlung zur Isolation für die über 70-Jährigen wurde am 23.6.2020 aufgehoben) und auf die Hilfe von Familie und Freunden, z. B. beim Einkaufen von Lebensmitteln, angewiesen waren. Die Menschen hielten nach Möglichkeit über Videoanruf zueinander Kontakt, wobei dies nicht immer einfach war, besonders bei Menschen mit Gedächtnisstörungen. Für viele Ältere war es nicht einfach zu verstehen, warum ihre Familie und Freunde sie nicht mehr besuchen kamen. Dies war für das Personal eine Herausforderung. Zudem wurde die Situation durch den Gebrauch der PSA erschwert, den einige Ältere nur schwer verstanden.

Die älteren Menschen fühlten sich wegen der Situation schuldig, und viele von ihnen empfanden die Empfehlung zur Isolation als eine Strafe. Zugleich wurden diverse Rehabilitations- und Erholungsmaßnahmen eingestellt, was zu einer klaren Verschlechterung ihrer körperlichen Verfassung führte. Die Situation hatte auch erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

DIE PERSPEKTIVEN DER GEWERKSCHAFTEN

Die Gewerkschaft für öffentlichen Dienst und Sozialwesen JHL vertritt allgemein das Personal in der Pflege und Kinderbetreuung sowie das Servicepersonal, wie beispielsweise Hausverwalter_innen und technisches Personal. Dies sind Berufsgruppen, die während der Pandemie großen Herausforderungen gegenüberstanden. Besonders im Frühling 2020 war dies der Fall, als es Probleme in der Altenpflege gab – zuerst aufgrund des Mangels an PSA, dann aufgrund der Qualität der Ausrüstung und der unzureichenden Anleitung, wie man diese gebrauchen sollte. Die Beschäftigten hatten zudem Angst, selbst zu erkranken und die Menschen um sie herum anzustecken. In der frühkindlichen Erziehung wurde der Gebrauch von Masken anfangs gar nicht empfohlen, um die Interaktion mit Kindern nicht zu beeinträchtigen. JHL hält es für wichtig, dass Arbeitgeber_innen während der Pandemie ein angemessenes Maß an Arbeitssicherheit gewährleisten und ausreichende Mengen an Masken und gegebenenfalls Anleitungen für deren Gebrauch zur Verfügung stellen.

Die breitere Empfehlung zum Tragen von Masken löste auch eine Debatte darüber aus, wer für deren Verfügbarkeit verantwortlich sei und ob sie für die beabsichtigte Verwendung passend seien. Die Sache ist tatsächlich eindeutig: Die Verantwortung für die Sicherstellung der Arbeitssicherheit liegt bei den Arbeitgeber_innen, somit auch die Sicherstellung der Verwendung von Masken, wenn diese für die Arbeit erforderlich sind. Probleme können auftreten, wenn das Tragen von Masken nur empfohlen wird, aber nicht zwingend verbindlich ist. Alles in allem gab es nach den Schwierigkeiten mit den Richtlinien im Frühling eigentlich keine Probleme mit der Verfügbarkeit von Masken im Herbst.

DIE BEDEUTUNG DER PFLEGE

Wenn die Pandemie irgendetwas Gutes hervorgebracht hat, dann dass sie die besondere Bedeutung der Kranken- und Altenpflege hervorgehoben hat. In Finnland, wie auch in vielen anderen Ländern, wurde die Arbeit der Beschäftigten in der Kranken- und Altenpflege in öffentlichen Reden zunehmend wertgeschätzt und ihr ständiger Einsatz lobend erwähnt. Leider hat sich diese Anerkennung nicht auf ihre Löhne ausgewirkt. Abgesehen von wenigen lokalen Ausnahmen wurde den Beschäftigten in der Krankenpflege in Finnland keine Coronavirus-Sonderzulage gezahlt. Gewerkschaften der Beschäftigten in der Krankenpflege forderten eine Coronavirus-Lohnerhöhung für Krankenpfleger_innen, und ebenso forderte JHL, dass alle Berufsgruppen, die bei der Arbeit dem Risiko einer Infektion mit dem Virus ausgesetzt sind, eine Lohnerhöhung erhalten.

Neben dem Personal in der Krankenpflege und der frühkindlichen Erziehung waren viele andere Berufsgruppen aufgrund von Covid-19 bei ihrer Arbeit überfordert. Das Arbeitsvolumen insbesondere in der Reinigungsbranche hat erheblich zugenommen, da sich die Reinigungsstandards überall erhöht haben. Menschen, die im öffentlichen Verkehr, für die öffentliche Sicherheit und an anderen Stellen arbeiten, die ihre Arbeit nicht von zu Hause aus erledigen können und ständig im Kontakt mit anderen Menschen sind, da dies einen Teil ihres Berufs ausmacht, haben sich auch um ihre Gesundheit Sorgen gemacht.

Wie oben erwähnt, hat das Gesetz zur Notstandsermächtigung Arbeitgeber_innen ausnahmsweise die breite Befugnis erteilt, die Schichten von Beschäftigten in systemrelevanten Bereichen zu ändern und Urlaub zu streichen, um eine ausreichende Personalbesetzung sicherzustellen. Die Gewerkschaften haben erfahren, dass Arbeitgeber_innen leider versuchten, diese Gelegenheit auszunutzen, selbst wenn andere Mittel verfügbar waren.

ARBEITSSICHERHEIT MUSS IMMER NOCH VERBESSERT WERDEN

Im Frühling und in der zweiten Welle im Herbst ist deutlich geworden, dass bei der Arbeitssicherheit von Beschäftigten immer noch Raum für Verbesserungen besteht. Das

Zentrum für Arbeitssicherheit der kommunalen Gruppe (eine Aktionsgemeinschaft aus kommunalen Beschäftigtenvertreter_innen und Fachleuten des Zentrums für Arbeitssicherheit) führte im Frühling 2020 eine Befragung dazu durch, wie sich das Coronavirus auf die Zusammenarbeit beim Arbeits- und Gesundheitsschutz ausgewirkt hat und welche Probleme in puncto Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz während der Pandemie aufgetreten sind. Beschäftigte gewöhnten sich schnell an das Homeoffice oder an andere neue Situationen, aber es fehlte insbesondere an psychosozialer Unterstützung (Kommunarbeitsgivarina 2020). In manchen Branchen war die physische und psychische Belastung extrem und man verfügte nicht unbedingt über das Wissen, wie Stress zu vermeiden und mit ihm umzugehen sei. Wenn es das Ziel ist, Beschäftigte in Pflege und Gesundheit auch in Zukunft zu halten, muss berücksichtigt werden, wie sie bei der Arbeit zurechtkommen, besonders unter außergewöhnlichen Bedingungen. Bei der Befragung wurde deutlich, dass das Personal für Zusammenarbeit bei Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, besonders die Sicherheitsbeauftragten für die Arbeitssicherheit, bei der Planung der Coronavirus-Maßnahmen an den Arbeitsplätzen nicht miteinbezogen wurden.

Die Gewerkschaft für öffentlichen Dienst und Sozialwesen JHL veröffentlichte Richtlinien für seine Mitglieder gleich zu Beginn der Pandemie – durch Mitteilungen an die Mitglieder und auf ihrer Website (www.jhl.fi). JHL organisierte auch Webinare und kümmerte sich um Fragen zu PSA und andere auf Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz bezogene Probleme, indem Umfragen durchgeführt wurden. Die Pandemie hatte keinen Einfluss auf die Zahl der Gewerkschaftsmitglieder, da die JHL-Mitglieder vorwiegend Bereiche vertreten, die unter der Pandemie nicht so stark gelitten haben wie beispielsweise die Reise- und Gastronomiebranchen.

ZUSAMMENFASSUNG

Finnland ist, gemessen an der Zahl der bestätigten Fälle und Todesfälle, relativ gut mit der Coronavirus-Pandemie zurechtgekommen. Im Dezember 2019 stand Finnland vor einer politisch herausfordernden Situation, die zur Ernennung einer neuen Ministerpräsidentin, Sanna Marin, führte – in der vorherigen Regierung war sie als Ministerin für Verkehr und Kommunikation tätig gewesen. Als die erste Welle ausbrach, reagierte die finnische Regierung schnell und rief das Gesetz zur Notstandsermächtigung aus, das im Wesentlichen einen umfassenden Shutdown der Gesellschaft ermöglicht. Die Reaktion der Öffentlichkeit auf die Verordnungen und Richtlinien war größtenteils positiv, und die offiziellen Richtlinien wurden, ganz auf finnische Art, überwiegend befolgt. Die globale Pandemie war für ganz Finnland eine Herausforderung, und ungewöhnlicherweise kritisierte selbst die Opposition nicht die Maßnahmen der Regierung, sondern alle politischen Parteien stimmten einhellig den wichtigsten Strategien zu. Die Pandemie beschwor einen gewissen nationalen Teamgeist herauf und den Willen, die Krise gemeinsam zu bewältigen. Dank der harten Maßnahmen im Frühling 2020

konnte die Situation im Land unter Kontrolle gebracht werden, und im Juni konnte man die Einschränkungen teilweise aufheben.

Im August, als die zweite Welle langsam zum Vorschein kam, war dieser nationale Teamgeist nirgendwo mehr zu finden. Politische Differenzen zwischen den Parteien und besonders zwischen der Opposition und der Regierung begannen aufzutreten sowie Kritik an der Ministerpräsidentin. Die Finn_innen waren nicht länger willens, die Empfehlungen mit demselben Eifer wie im Frühling zu befolgen, und die Zahl der neuen Fälle begann schnell zu wachsen.

Wirtschaftlich gesehen hat die Pandemie die Reise- und Gastronomiebranchen am härtesten getroffen – dies überall in Finnland, aber besonders in der Region Helsinki und Lappland. Viele Unternehmen sahen sich enormen Herausforderungen gegenüber, da ihre Umsätze im Wesentlichen komplett wegbrachen. Finnland hat mehrere unterschiedliche Hilfsstrategien gestartet, um den Unternehmen zu ermöglichen, ihren Betrieb in dieser schwierigen wirtschaftlichen Situation weiterhin aufrechtzuhalten (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021).

Nichtsdestotrotz wächst die Zahl der Arbeitslosen und Kurzarbeiter_innen. Überraschend ist, dass die Zahl der Konkurse nicht gestiegen, sondern im Gegenteil im Vergleich zum vergangenen Jahr sogar ein wenig gesunken ist (Tilastokeskus 2020). Dies liegt zum Teil an einer vorübergehenden Gesetzesänderung, die am 1.5.2020 in Kraft trat und das Recht eines Gläubigers oder einer Gläubigerin einschränkt, gegen eine_n Schuldner_in einen Insolvenzantrag zu stellen. Das vorübergehende Gesetz ist bis Ende Januar 2021 wirksam, danach ist wahrscheinlich eine erhebliche Zunahme von Insolvenzen zu erwarten.

Ressourcen in Pflege und Gesundheit haben sich seit dem Frühjahr auf den Umgang mit der Pandemie konzentriert, andere Bereiche von Pflege und Gesundheit liegen leider weit hinter ihren Zielen zurück. Finnland hat eine gesetzliche Pflicht, sich um die Gesundheit seiner Bürger_innen zu kümmern (Pflegegarantie). Die Garantie legt die Grenzen für nichtdringende Pflege und bestimmte nichtdringende Operationen fest. Das Gesetz zur Notstandsermächtigung gestattete auch Abweichungen von dieser Pflegegarantie, was wiederum einen erheblichen Rückstand bei Pflegedienstleistungen, die nicht auf Covid-19 bezogen sind, verursacht hat. Wartelisten im Gesundheitswesen sind den Sommer über ein wenig kürzer geworden, die Situation begann sich aber im Herbst wieder zu verschlechtern. Es besteht die Gefahr, dass z. B. Krebserkrankungen während der Pandemie nicht entdeckt wurden oder sich andere Krankheiten aufgrund fehlender Behandlung verschlimmert haben. Das Verhalten der Menschen selber hat teilweise zu dieser Situation beigetragen. Als im Frühling die Empfehlungen bekannt gegeben wurden, nur unbedingt notwendige Dinge zu erledigen, stornierten einige Leute ihre bereits gebuchten Termine beim Arzt/bei der Ärztin oder gingen nicht zu Untersuchungen, bei denen ein Verdacht auf eine neue Krankheit abgeklärt werden sollte. Die hoffnungsvolle Nachricht, dass ein Covid-19-Impfstoff

erfolgreich entwickelt wurde, kam im Dezember, und die Impfungen begannen in Finnland Ende Dezember 2020.

Sollten wir in der Zukunft mit einer ähnlichen Situation konfrontiert werden, wird das Land erheblich besser vorbereitet sein. Das politische Führungspersonal hat gelernt, wie man bei der Vorbereitung auf eine Krise zusammenarbeiten muss, Kommunikationszuständigkeiten zwischen verschiedenen Behörden sind klarer festgelegt worden und bestimmte Gesetze, wie z. B. das Gesetz über Infektionskrankheiten, sind novelliert worden, um besser auf die Anforderungen dieser Art Krise reagieren zu können.

Eine weitere Lehre aus dieser Pandemie ist hoffentlich, dass das Sozial- und Gesundheitspersonal eine besonders wertvolle Ressource darstellt, in die man auch in normalen Zeiten investieren muss. Wenn die Ressourcen im Personal oder Gesundheitswesen bis an die Grenzen belastet werden und generell schon vorher zu wenig Ressourcen bestanden, kann es nicht möglich sein, die Fähigkeit oder gar den Wunsch zu haben, in schwierigen Zeiten flexibel zu sein.

LITERATUR

Eduskunta (2020): Beredskapslagen under coronatiden, https://www.eduskunta.fi/SV/naineduskuntatoimii/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sidor/valmiuslain-kayttoonottaminen-koronavirustilanteessa.aspx (26.1.2021).

Finish Institute for Wealth and Health Care (2021): Homepage, <https://thl.fi/en/web/thlfi-en> (14.5.2021).

Huolovarmuuskeskus (2021): Homepage, huolovarmuuskeskus.fi/en (14.5.2021).

Kansaneläkelaitos (2017): Housing Costs for Which Allowance Can Be Paid, <https://www.kela.fi/web/en/housing-allowance-for-pensioners-housing-costs?inheritRedirect=true> (3.12.2020).

Kansaneläkelaitos (2021): Update on the Coronavirus Situation, <https://www.kela.fi/web/en/corona?inheritRedirect=true> (3.12.2020).

Kommunarbetsgivarna (2020): Arbetskyddssamarbetet borde utnyttjas mer i coronatider, <https://www.kt.fi/sv/nyheter-och-pressmeddelanden/2020/arbetskyddssamarbetet-borde-utnyttjas-mer> (26.1.2021).

Mielikäinen, Lasse; Kuronen, Raija (2020): Tilastoraportti 45 (2020), 6.11.2020, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140657/Tr45_20.pdf?sequence=5&isAllowed=y (1.12.2020).

Ministry of Social Affairs and Health (2021): Homepage, stm.fi/en/frontpage (13.5.2021)

News Now (2019): Valvira Orders Espero Care to Fix Problems at Residential Homes for Elderly People, <https://newsnowfinland.fi/domestic/valvira-orders-espero-care-to-fix-problems-at-residential-homes-for-elderly-people> (13.5.2021).

Oikeusministeriö (2012): Beredskapslag, <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2011/20111552> (3.12.2020).

Ranta, Elina (2019): Katso lista hoivakodeista, joissa on havaittu ongelmia: Attendo ja Mehiläinen kärjessä, IS, <https://www.is.fi/taloussanommat/art-2000005982461.html> (1.12.2020).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2013): Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> (21.1.2021).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2015): Sosiaalihuoltolaki, <https://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301> (21.1.2020).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020a): Asiakasmaksulain uudistus, <https://stm.fi/asiakasmaksulain-uudistus> (21.1.2021).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020b): Personaldimensionering i långvarigt serviceboende med heldygnsomsorg och långvarig institutionsvård för äldre, <https://stm.fi/sv/aldre/personaldimensionering> (3.12.2021).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020c): Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra äldre och förbättra servicen 2020–2023: Målet är ett åldersvänligt Finland, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162456> (21.1.2021).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2020d): Report on the Use of Face Coverings to Prevent Coronavirus Infections: Large Variation in Country-specific Policies and only Little Research Data Available, <https://stm.fi/en/-/selvitys-kasvosuojusten-kaytosta-koronavirustartuntojen-ehkaisemisessa-laajaa-vaihtelua-maakohtaisissa-linjauksissa-ja-vahan-tutkimustietoa> (26.1.2021).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2021): Social and Health Care Client Fees, <https://stm.fi/en/client-fees> (1.12.2020).

Tapaturmavakuutuskeskus (2020): 138 ammattitautina korvattavaa koronatartuntaa, <https://www.tvk.fi/uutiset-ja-blogit/uutiset/2020/138-ammattitautina-korvattavaa-koronatartuntaa/> (22.1.2021).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2020): Terveydenhuollon henkilökunnan osuus koronavirustartunnan saaneista laski kesän aikana, <https://thl.fi/fi/web/guest/-/terveydenhuollon-henkilokunnan-osuus-koronavirustartunnan-saaneista-laski-kesan-aikana> (23.1.2021).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021a): Muuttuvat vanhuspalvelut, <https://thl.fi/sv/web/aldre/foranderlig-aldreomsorg> (3.12.2020).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2021b): Tilannekatsaus koronaviruksesta, <https://thl.fi/en/web/infectious-diseases-and-vaccinations/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus> (21.1.2021).

Tilastokeskus (2020): Konkurssien määrä väheni tammi–lokakuussa 2020 edellisvuodesta 15,4 prosenttia, http://stat.fi/til/konk/2020/10/konk_2020_10_2020-11-18_tie_001_fi.html (26.1.2021).

Työ- ja elinkeinoministeriö (2021): Toimintaohjeita yrityksille koronavirustilanteesta, <https://tem.fi/en/coronavirus/guidance-for-businesses> (26.1.2021).

Valtioneuvosto (2020a): Sote-uudistus, <https://soteuudistus.fi/etusivu> (21.1.2021).

Valtioneuvosto (2020b): Mitä yli 70-vuotiaan pitää ottaa huomioon koronavirustilanteesta?, <https://valtioneuvosto.fi/-/1271139/mita-yli-70-vuotiaan-pitaa-ottaa-huomioon-koronavirustilanteesta> (26.1.2021).

Valvira (2021): JulkiTerhikki/JulkiSuosikki, https://www.valvira.fi/web/sv/valvira/register/yrkesutbildade_personer_inom_halsovarden/julkiterhikki (21.1.2021).

Friedrich-Ebert-Stiftung

Die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) wurde 1925 gegründet und ist die traditionsreichste politische Stiftung Deutschlands. Dem Vermächtnis ihres Namensgebers ist sie bis heute verpflichtet und setzt sich für die Grundwerte der Sozialen Demokratie ein: Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität. Ideell ist sie der Sozialdemokratie und den freien Gewerkschaften verbunden.

Die FES fördert die Soziale Demokratie vor allem durch:

- Politische Bildungsarbeit zur Stärkung der Zivilgesellschaft
- Politikberatung
- Internationale Zusammenarbeit mit Auslandsbüros in über 100 Ländern
- Begabtenförderung
- das kollektive Gedächtnis der Sozialen Demokratie mit u. a. Archiv und Bibliothek.

IMPRESSUM

© FES Nordic Countries 2021
Dr. Philipp Fink

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Titelbild: Fredrik Sandin Carlson
Satz/Layout: pertext, Berlin | www.pertext.de

EUROPA

Es ist höchste Zeit, dass wir endlich zuhören!

Covid-19 ist ein soziales Desaster. Seine tödlichen Spuren hat das Virus in vielen Ländern vor allem in der Altenpflege hinterlassen. Hier kämpfen die Pflegekräfte an vorderster Front gegen Corona und sind schon lange mit ihren Kräften am Ende. Die Pandemie hat eklatante Mängel in der Altenpflege ans Licht gebracht, vor denen die Gewerkschaften seit Jahren warnen. Ihr Protest dagegen ist jedoch nicht gehört worden. Eine vielfach unsichere Beschäftigung, zu wenig Geld und Personalnot waren verheerend für den Schutz der am meisten Gefährdeten: die Senior_innen.

Berichte aus neun Ländern

Wie stark das Coronavirus den Sektor der Altenpflege trifft, zeigen Berichte aus neun Ländern. Diese wurden von der Friedrich-Ebert-Stiftung in Kooperation mit Kommunal (der schwedischen Gewerkschaft für die Kommunalangestellten) und der progressiven schwedischen Denkfabrik Arena Idé erstellt. Die darin enthaltenen Forderungen der Gewerkschaften für das Pflegepersonal sowie einer überfälligen Reform der Altenpflege werden mit Blick auf die zu pflegenden Menschen und ihrer Pflegekräfte verdeutlicht.

Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie hier:

www.fes.de/on-the-corona-frontline