

VASTAUKSET SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMIKUNNAN KYSYMYKSIIN

Asiantuntijan arvio siitä, miten tämä lakiesitys vaikuttaa kotihoidon henkilöstön saatavuuteen ja hoivan laatuun

Käsitykseni mukaan henkilöstömitoituksen nosto pitkäaikaishoidossa vaikeuttaa huomattavasti kotihoidon henkilöstön saatavuutta, koska pitkäaikaishoitoon on lain määräämä pakko saada lisää henkilöstöä.

Voi myös käydä niin, että jos/kun pitkäaikaishoidon henkilöstötilanne kohenee, kotihoidon työntekijöitä alkaa siirtyä huonossa jamassa olevasta kotihoidosta pitkäaikaishoitoon.

Vähitellen, kotihoidon henkilöstötilanteen heikentymisen myötä, hoivan laatu alkaa kotihoidossa heiketä. Ellei sitten kotihoidon johtaminen parane niin paljon, että sen imago paranee ja imu kasvaa.

Arvio siitä, miten tämä käsiteltävä lakiesitys tulee vaikuttamaan ympärivuorokautisen hoivaan pääsyyn?

Todennäköisesti pitkäaikaishoidon volyymi pienenee väkisin, kun hoitohenkilökuntaa ei kuitenkaan ole tarjolla mitoitusten edellyttämässä määrin. Näin ollen ympärivuorokautiseen hoivaan pääsyn kynnys kohenee ja pääsy vaikeutuu.

Mikäli alueen vanhuspalvelujen kokonaisuus on hyvin järjestetty ja hyvin johdettu, ja mikäli alueella tavoitellaan määrätietoisesti palvelurakenteen keventämistä, ei asia ole ongelma. Muussa tapauksessa on.

Olisiko tässä lakiesityksessä tarpeen olla ympärivuorokautisen hoivan lääkäripalvelujen järjestämisestä jotain?

Kyllä vaan, todella mielellään. Tässä ote Esperin ulkoisen laaturyhmän raportista (Valvanne ym. 2020). Ote kuvaa näkemystäni siitä, mitä lakiesityksessä soisi olevan lääkäripalvelujen järjestämisestä ympärivuorokautiseen hoivaan.

”Lääkäripalvelujen järjestäminen vanhustenhuollon palveluasumisessa on kuntien/kuntayhtymien vastuulla. Valviran ohjeistuksen mukaan lääkäripalvelujen tulisi olla saatavilla aina, kun asiakas niitä tarvitsee ja lääketieteellinen hoidon tarpeen arviointi ja tarvittava lääketieteellinen diagnosointi sekä säännöllinen lääkehoidon seuranta ja arviointi tulisi toteuttaa asianmukaisesti. Kuntia on veloitettava huolehtimaan näistä vastuistaan.

Lääkäripalvelut on järjestetty mallikkaasti silloin, kun hoivakodilla on nimetty vastuulääkäri, joka alku/vuositarkastuksen perusteella tekee pitkäjänteisen hoitosuunnitelman, käy säännöllisesti yksikössä, on konsultoitavissa akuuttitilanteissa (virka-aikaan) sekä osallistuu saattohoidon

suunnitteluun ja toteutukseen. Omaisilla tulee olla mahdollisuus lääkärin tapaamiseen etenkin elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelussa.”

Mitä mieltä siirtymäsäädöksestä, onko selvää, mitä hoitajamitoitusta yksikön on noudatettava?

Minusta mitoitusesitys vaikuttaa selvältä, mutta voi olla, että lain määrittelyt eivät riitä käytännön esimiestyöhön. Eeva Päivärinta toi tämän esiin käytäväkeskustelussa kuulemispäivänä ja kertoi, että on ottanut asian esiin omassa lausunnossaan.

Voisiko RAI-mittarin hoitoisuuden sitoa ympärivuorokautisen hoivapaikan saamisen oikeuteen?

Hoivapaikan saamiseen ei ole subjektiivista oikeutta.

Kunnat tarjoavat hoivapaikkaa, kun arvioivat, että kyseisen ihmisen kotona asuminen ei enää onnistu. Monessa kunnassa on moniammatillinen SAS (selvitä arvioi sijoita) tai SAP (selvitä arvioi palveluohjaa) -tiimi/työryhmä, joka käsittelee pitkäaikaishoitohakemukset ja tekee päätökset.

Pitkäaikaishoidon kriteereitä ei ole maassamme määritelty. Ne riippuvat kunkin kunnan toimintatavoista ja paikkatilanteesta.

Toimiessani 90-luvulla Helsingissä, yritimme luokitella palveluntarvetta RaVa-mittarin perusteella. Se ei toiminut. Mittari ei mitannut kuin fyysistä toimintarajoitteisuutta. Psykologisia, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, jotka ovat hyvin keskeisiä ympärivuorokautisen hoiva tarpeen määrittelyssä, RaVa ei ottanut huomioon. Jouduimme toteamaan, että RaVa-rajat ovat suuntaa antavia, mutta eivätkä koskaan yksin määrittele, ketkä tarvitsevat pitkäaikaishoitoa.

RAI-järjestelmä on paljon monipuolisempi arviointimenetelmä kuin RaVa-mittari, mutta sekään ei kata kaikkia tilanteita, joten sekään ei voi olla kuin viitteellinen.

Loppukaneetti

Perusongelma on se, että kotihoidon ja kuntoutuksen (preventiivinen kuntoutus, akuutin sairauden jälkeinen kuntoutus ja kotikuntoutus) systemaattiseen kehittämiseen ei maassamme ole tarpeeksi satsattu, eikä satsata näemmä nytkään. Kotihoidosta ei ole tullut turvallista, luotettavaa ja laadukasta vaihtoehtoa raihnaille ja muistisairaille ikäihmisille. Siksi ympärivuorokautiseen hoivaan haluavia ja sinne jonottavia on aina ollut paikkatarjontaa enemmän.

Pitkäaikaisten, ympärivuorokautisten hoivapaikkojen lisäystarve on nykyisellä tavalla toimittaessa alati kasvava. Tilanne on taloudellisesti ja henkilöstöresurssien saatavuutta ajatellen kestävä. Kotihoidon ja kuntoutuksen kehittäminen yhdessä paremman johtamisen kanssa tulisi vihdoin nostaa keskiöön valtakunnallisessa kehitystyössä, lainsäädäntä mukaan lukien.

Lempäessä 9.3.2020

Jaakko Valvanne