

Eeva Päivärinta

HE 4/2020 vp: lisäkysymykset kuulemistilaisuudesta 5.3.2020

1. Arvio siitä, miten tämä lakiesitys vaikuttaa kotihoiton henkilöstön saatavuuteen ja hoivan laatuun?

Hakijoita ei saada riittävästi edes koulutuksen jälkeen työpaikan turvaavaan lähihoitajakoulutukseen. Nuoria ei vanhustyö kiinnosta. Työntekijöistä on jatkuvasti pulaa myös paikkakunnilla, joissa koulutetaan hoitohenkilökuntaa. Samaan aikaan AVI on kiristämässä työsuhteessa olevien loppuvaiheen opiskelijoiden oikeuksia esimerkiksi asiakaskohtaisen lääkehoidon toteutuksen tehtäviin silloin, kun läsnä ei ole koulutettua työntekijää. Nyt esillä oleva hallituksen esitys ei sisällä vakuuttavaa suunnitelmaa vuoteen 2030 mennessä erityisesti koulutettujen työntekijöiden saatavuuden turvaamisesta.

Teknologiasta voitaisiin saada apua. Hallituksen esityksessä ei huomioida teknologian mahdollisuuksia osana vanhustyön resurssointia. Jo nyt on laajasti hyviä kokemuksia teknologiasta, joka lisää asiakasturvallisuutta, asiakkaan hyvinvointia ja samalla vähentää työntekijöiden läsnäoloa esimerkiksi yötyövoroissa (Tampere, Pirkanmaan Senioripalvelut) tai lisää kotiutumisen turvallisuutta sairaalasta ja siten vahvistaa kotihoitoa (Pori, Satakunnan keskussairaala). Vanhustyön kokonaisresurssointi = käytössä oleva teknologia hyötyineen ja kustannuksineen + työntekijöiden määrä (henkilöstömitoitus). Jos teknologian hankintakuluja ei voi kuolettaa osana palvelun kokonaiskustannuksia, sen tuottamat hyödyt korvataan jatkossakin välittömällä ihmistyövoimalla.

Laitos ja hoivakotiyhteisöt ovat aina olleet suositumpia työyhteisöjä hoitohenkilöstön keskuudessa verrattuna ympärivuorokautiseen kotihoitoon. Ainoastaan **päivätyö on houkutellettu koulutettuja työntekijöitä kotihoitoon**. Työntekijöiden lisääminen ja tarkat työnjaot määritellyissä toimintayksiköissä tulnee houkuttelemaan työntekijöitä kotihoidosta. Vaikutus kotihoidon laatuun on merkittävä ja kotihoidon mahdollistaminen varteenotettavana vaihtoehtona 'kotona koko elämä' kansalaisille heikkenee oleellisesti.

Kotihoito on kriisissä ja potee työntekijäpulaa laajasti. Myös lääkäri työvoiman vähyys ja heikko johtaminen kotihoidossa vaikuttavat esimerkiksi sairaanhoitajien hakeutumiseen toimintayksiköihin (hoivaan) ja sairaalatyöhön.

Työntekijöiden määrä ja koulutusrakenne vaikuttavat hoidon ja hoivan laatuun etenkin elämän loppuvaiheessa. Vain ympärivuorokautinen kotihoito voi turvata kotona asumisen elämän loppuun asti. Tätä tavoitetta on vaikea saavuttaa nykyisillä työntekijäresursseilla. Tilanne hankaloituu esillä olevan uudistuksen astuessa voimaan. Uudistus heikentää kotona tapahtuvan hoidon ja huolenpidon laatua ensivaiheessa tuntuvasti.

2. Miten tämä lakiesitys tulee vaikuttamaan ympärivuorokautiseen hoivaan pääsyyn?

Jos ympärivuorokautinen palvelu pystytään kohdentamaan hoitoa ensisijaisesti tarvitseville tarkemmin kuin nyt esimerkiksi RAI-arviointijärjestelmän tuella, hoitoon pääsyn voisi olettaa hiukan helpottuvan. Tämä edellyttää kuitenkin sekä lääkärityövoiman että geriatrisen osaamisen lisäämistä sairaanhoitajien ja lähihoitajien osaamisalueena sekä saattohoitovalmiuksien lisäämistä ja rajapintatyöskentelyn (esimerkiksi kotiutusosaaminen) vahvistamista teknologian tuella tehostetussa palveluasumisessa. Myös omaisten luottamus hoidon laatuun ja työntekijöiden osaamiseen pitää säilyttää, jotta saadaan nykyistä paremmin haltuun omaisten ja työntekijöiden vaatimukset asiakkaiden siirroista pth:n sairaalaan tai erikoissairaanhoidon erityisesti päivystysaikaan ja juhlapyhiin.

Tehostetussa palveluasumisessa asuvista asiakkaista 30% ovat RAI-tietojen perusteella kykeneviä asumaan kevyemmin varustelluissa hoitoyhteisöissä. Sinänsä työntekijöiden määrän lisääminen olemassa oleviin yksiköihin ei tuo yhtään uutta hoitopaikkaa, joten uudistus ei vaikuta hoivaan pääsyyn millään lailla, jos nykytilanne on vallitseva käytäntö jatkossakin.

3. Olisiko esityksessä tarpeen olla ympärivuorokautisen hoivan lääkäripalveluista jotakin?

Jos lääkäripalveluja ei ole integroitu ympärivuorokautiseen hoitoon toimintaympäristöstä riippumatta, lääkärikontaktin puute aiheuttaa **asiakkaiden siirtymisiä hoitopaikasta toiseen** ja siten lisääntyvät suunnittelemattomat sairaalajaksot ja kustannukset. Lääkärin puute hidastaa merkittävästi kotiutumista suunnitelluiltakin sairaalajaksolta ja synnyttää siten ”kahden hoitopaikan haltijoita”. Asiakkaalla on paikka tehostetussa palveluasumisessa ja tosiasiallisesti hän on sairaalassa tai lyhytaikaisjaksolla ”jatko kuntoutuksessa” paremmin resurssoidussa hoitoyksikössä. Tilanne synnyttää siirtoviivemaksuja ja hoitopäiväkustannuksia erikoissairaanhoidosta ja kerrannaiskustannuksia tyhjästä, asiakasta odottavista hoitopaikoista tehostetussa palveluasumisessa.

Näistä syistä Tampereella kehitettiin Hotke-toimintamalli, jossa geriatrasta hoitoa asumispalveluissa koordinoi kehittäjäylilääkäri (ostopalveluna). Hän koordinoi geriatrien toiminnan osaksi tehostettua palveluasumista yhteistyössä sairaanhoitaja-sosiaalityöntekijän kanssa (palvelujen järjestäjän työntekijä). Malli on kuvattu julkaisussa Suomen Kuntaliitto, Seinälä, Lehto ym. 2015.

Mallin ydin on yksikössä toimivan geriatrin keskustelut omaisten ja asiakkaiden kanssa: asiakkaiden hoitotahdon selvittäminen ja kirjaaminen yhteistyössä läheisten kanssa. Saattohoitovalmiuksien, erityisesti kipuhoitoon kehittäminen on osa toimintamallia. Jokaiseen tehostetun palveluasumisen sopimukseen kirjattiin palvelutuottajan velvoite huolehtia työntekijöidensä osallistumisesta kehittäjäylilääkärin koordinoimiin vuosittaisiin koulutuksiin. Toimintamallin toteutuminen varmistettiin laatumittarein niin omassa kuin ostopalvelutuotannossakin. Toimintamalli maksoi itsensä takaisin nopeasti. Erikoissairaanhoidon käyttö väheni radikaalisti tältä osin. Toiminta lisäsi erityisesti

omaisten luottamusta hoidon laatuun. Myös työntekijöiden työtyytyväisyys ja -turvallisuus lisääntyivät ja motivaatio opiskella uusia taitoja omassa työssään lisääntyi.

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

Nykyinen muotoilu siirtymäajaksi on varsin väljä ja monitulkintainen. Se tulee aiheuttamaan monenlaisia tulkintoja, jotka kilpistyvät valvovien viranomaisten, kuntien ja palvelutuottajien välisiin ristiriitoihin, joilla on vaikutusta työilmapiiriin hoitoyhteisöissä. Jo nyt on havaittavissa, että AVI kiristää tulkintojaan esimerkiksi työsuhteessa olevien opiskelijoiden käytöstä lääkehoidon tehtävien

toteuttamiseen ilman koulutettua työparia. Siirtymäaika tulee lisäämään myös kustannuksia. **Teknologian tuottamat hyödyt on saatava mukaan alusta alkaen.**

Jotta uudistuksen implementoinnissa käytäntöön onnistutaan, pitää henkilöstömitoituksen laskentaperusteet olla aukottomat. **Valtakunnassa voi olla vain yksi oikea tapa laskea mitoitus.** Sen, ketä mitoitukseen huomioidaan ja millä perustella, **tulee olla aukoton.**

Erityisesti ongelmia tuottaa 'ei koulutusnimikkeiden' kirjo. Millä koulutustaustalla kukin on "pätevä", jotta hänen työpanoksensa voidaan laskea mitoitukseen? Jo nyt, aikanaan vaikeat kiistat asiasta nostavat päätään vanhustyön arjessa.

Esimerkiksi vähän tunnetusta työstä käy yhteisötaiteilijan ammatti. Korkeakoulututkinnon suorittaneen taiteen ammattilaisen työssä yhteisötaide on taidetta yhteisön ehdoilla, yhteisön jäsenten kanssa ja heitä varten. Tehostetussa palveluasumisessa tämä tarkoittaa, että kaikki voivat osallistua erilaiseen taidetoimintaan. Toimijuutta ja mukana oloa arvostetaan. Silloin taide kuuluu jokaiselle ja kulttuuri on osa asumispalvelujen arkea. Jos yhteisötaiteilijan työpanosta ei lasketa mitoitukseen eikä sitä lueta eduksi laatukilpailussa, kapenee tehostetussa palveluasumisessa asuvien ihmisten elämä ja mahdollisuudet vaikuttaa arkeensa oleellisesti.

Teppo Krögerin kuulemistilaisuudessa esittämä välitavoite 0,6 työntekijää/asiakas vuoden 2021 loppuun voisi olla edellä mainituin reunaehdoin julkista keskustelua rauhoittava tavoite. Olisi erittäin tärkeää, että lainlaati ja valvoo uudistuksen toteuttamista (prosessi) ja toteutumista (lopputulos) palvelujen järjestäjäkohtaisesti ja tiedottaa asiasta nykyistä selkeämmin. Tavoitteena on se, että luottamus eri toimijoiden välillä vahvistuu ja työntekijöiden ja omaisten valituskierte valvoville viranomaisille saadaan rauhoittumaan ja työrauha laskeutumaan vanhustyöhön. Työyhteisöissä pitää voida keskittyä sen perustehtävään.

5. Voisiko RAI-mittariston hoitoisuuden sitoa ympärivuorokautisen hoivapaikan saamisen oikeuteen?

Kyllä, RAI-arviointijärjestelmä mahdollistaa asiakkaan ja hänen läheistensä osallistumisen aktiivisesti asiakkaan hoidontarpeen ilmaisemiseen kiistattomalla tavalla. Tämä edellyttää järjestelmän tiedonkoonnin ja tiedon tulkinnan hallintaa sekä asiakkaiden ja läheisten osallistamista tasa-arvoisina tiedon tuottajina. Arviointijärjestelmän käyttöönotto edellyttää valtakunnallista koulutusta ja ohjausta järjestelmän kokonaisvaltaiseen hyödyntämiseen. Tampereella on vuosien kokemus järjestelmän monipuolisesta käytöstä ja tiedon tuottamista hyödyistä niin kustannusten hallinnassa kuin palvelujen laadun varmistamisessakin. Tampereella on myös kokemusta siitä miten nopeasti käytöosaaminen katoaa, jos johto ei ole sitoutunut RAI-arviointimenetelmän tiedon monialaiseen hyödyntämiseen.

Eeva Päivärinta
gerontologi, johtava asiantuntija
050 3593413