

Asia: VN/13519/2021

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta

Lausunnonantajan organisaatio

Lausunnonantajan organisaatio

Muu

Sosiaalihuoltolaki

1. Ovatko kotiin annettavia palveluja koskevat säännökset (19 §, 19 a § ja 19 b §) mielestänne onnistuneita? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Ei [Suuressa osassa kuntia kotipalvelut ja kotisairaanhoido on jo tällä hetkellä yhdistetty kotihoidoksi. Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn ja terveydentilan seuranta, terveydentilan muutosten havaitseminen ja niihin reagointi sekä näitä tarpeita tukevien toimintatapojen suunnittelu ja toteuttaminen edellyttävät asiakkaan kokonaisvaltaista arviointia sekä seurantaa ja saumatonta yhteistyötä sekä tiedonkulkua eri toimijoiden kesken. Kotihoidon asiakkaat ovat monisairaita ja monilääkittyjä, minkä vuoksi kotipalvelun työntekijöillä tulee olla tiivis sairaanhoidollinen tuki. Riittämätön tai liian etäinen tuki voi johtaa esim. päivystyskäyntien lisääntymiseen. Ehdotetun 19 § (mahdollisuus järjestää kotipalvelu ja kotisairaanhoido erikseen) sijaan tulisi edellyttää toimintamalleja, jotka mahdollistavat asiakkaiden hoidon tavoitteiden asettamista ja toteuttamista yhdistetyn kotihoidon toteuttamana. Kotihoidon tukipalvelut ovat jo nyt pitkälti oma palvelumuoto erillään muusta kotihoidosta ja tukipalvelujen järjestämisestä huolehtivat myös muut kuin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lakiehdotus vahvistaa kyseistä eroa. Vaarana on palvelujen pirstaloituminen ja kotihoidon asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamisen vaikeutuminen, hoidon tavoitteiden hämärtyminen ja tiedonkulun heikentyminen toimijoiden lukumäärän lisääntyessä. Tämän vuoksi tulee käytännönläheisesti määrittää omatyöntekijän velvoitteet palvelujen järjestämisen koordinoijana, palvelujen tuottajien ja asiakkaan välisenä yhdyshenkilönä sekä asiakkaan kokonaistilanteen seurannassa. Laki ei myöskään saa estää joidenkin tukipalvelujen järjestämistä kotihoidon työntekijöiden toimesta osana muuta kotihoitoa, mikäli se asiakkaan näkökulmasta on tarkoituksenmukaista. Erityisesti tässä korostuvat muistisairaalan tarpeet hoidon

keskittämiseen mahdollisimman rajatulle määrälle työntekijöitä sekä asiakkaan kuntoutumistarpeet toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai palauttamiseksi esim. akuutin sairauden jälkeen. Lakitekstissä mainittu osallisuuden edistämisen ja tukemisen velvoite mahdollistaa iäkkään aktiivista roolia arkensa sisällön muodostajana eikä vain passiivisena palvelujen käyttäjänä ja on perusteltu lisäys.]

2. Kotihoitoa ehdotetaan järjestettäväksi vuorokaudenajasta riippumatta (19 §:n 3 mom.). Onko tämä mielestänne kannatettava ratkaisu?

Kyllä

3. Ovatko ns. tavallista palveluasumista koskevat säännökset (21 b §) mielestänne onnistuneita? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Kyllä

4. Onko tavallista palveluasumista koskeva pykälä tarpeeksi selkeästi muotoiltu? Jos ei, miten sitä voisi muuttaa?

Ei [Tuetun asumisen ja palveluasumisen sisällöllinen ero ja perusteet pitää näitä kahtena eri toimintona jäädä epäselväksi. Nähdäksemme suurella osalla sosiaalista tukea tarvitsevia on samanaikaisia pitkäaikaissairauksia, toiminnanvajeita tai niiden riski, ja siten tarve palveluasumisen yhteydessä kuvattuja tarpeita. Voisiko tuettu asuminen olla yksi palveluasumisen muoto, johon tietyt palvelut liittyvät (mutta muuntyyppinen tuki on yhtä lailla mahdollista)?]

5. Ovatko hoiva-asumista koskevat säännökset (21 c §) mielestänne onnistuneita? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Kyllä

6. Löytyisikö tehostettu palveluasuminen –termin korvaajaksi jokin parempi ehdotus kuin hoiva-asuminen? Mikä?

Hoiva-asuminen palvelumuodon nimenä on erittäin epäonnistunut. Ympäri vuorokautisessa hoidossa tavoitteena on kaikkien toimintakyvyn osa-alueiden ja omatoimisuuden sekä osallisuuden tukeminen ja vahvistaminen pyrkien siihen, että asukas on omien voimavarojensa puitteissa keskeinen toimija eikä hoivan kohde. Henkilökunnan tehtävä on toiminnallaan tukea tätä tavoitetta. Termi hoiva-asuminen on tätä ajatusta vastaan ja ohjaa passivoivaan ajattelumalliin, josta tulee jo päästä eroon. Huomionarvoista on myös se, että tehostetun palveluasumisen asiakkailla on merkittäviä hoidollisia (ei vain hoivallisia) tarpeita pitkäaikaissairauksien vuoksi. Näemme lisäksi vaarana sen, että sanaan hoiva liittyvät käsitykset tekevät vanhustenhoidosta nykyistäkin vähemmän haluttavan työpaikan vaikeuttaen alalle rekrytointia samalla kun hoitajien tarve kasvaa.

Ymmärrämme nimeämisen vaikeuden. Yksi ratkaisu voisi olla puhua palveluasumisesta tuettuna asumisena (yhdistäen tuettu asuminen ja palveluasuminen, ks. kohta 4) ja tehostetusta palveluasumisesta palveluasumisena tai vaihtoehtoisesti hyödyntää vakiintunutta ilmaisua ympärivuorokautinen hoito.

7. Ovatko ehdotetun hoiva-asumipykälän palvelun saantikriteerit tarkoituksenmukaisia ja tarpeeksi selkeitä? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Kyllä

8. Ovatko turvapalvelun toteuttamista koskevat säännökset (46 a §) mielestänne onnistuneita? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Ei [Ks. kohta 9.]

9. Pitääkö turva-auttajan olla sote-ammattihenkilö, vai riittääkö että hän on koulutuksensa ja kokemuksen perusteella sopiva, kuten lakiesityksessä ehdotetaan (46 a §)?

Ei [Yksittäiset auttamistehtävät saattavat poiketa luonteeltaan ja vaativuudeltaan merkittävästikin toisistaan. Pelkästään vaatimus, että turva-auttaja olisi sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, ei riitä takamaan, että turva-auttajan ammattikoulutus olisi riittävä jokaisessa hälytystehtävässä arvioimaan jatkotoimenpiteitten luonnetta (esim. kaatunut asiakas ja turva-auttajalla sosiaalialan koulutus). Sosiaali- tai terveydenhuollon pohjakoulutus kuitenkin antaa merkittävän lisäarvon täydennyskoulutuksen myötä toimia turva-auttajana ja tämän tulisi olla ensisijainen pyrkimys, mutta ei kuitenkaan lakiin perustuva velvoite huomioiden mm. hoitohenkilökunnan henkilöstöressurssivaje. Tilanteissa, joissa turva-auttaja ei ole sote-ammattilainen, turva-auttajien koulutusvaatimukset tulee määritellä. Lakiin perustuva velvoite, että kiireellisen avun antajalla olisi tukena sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön asiantuntemus on välttämätön. Oleellista on myös, että tiedot hälytyksistä sekä turva-auttajien havainnot välittyvät asiakkaan päivittäisestä hoidosta vastaaville henkilöille jatkotoimenpiteiden suunnittelua varten.]

10. Ovatko kotihoidon henkilöstön riittävyden turvaamista koskevat säännökset (46 b § ja 49 b §) mielestänne onnistuneita? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Ei [10. Ehdotetut muotoilut eivät anna riittävän konkreettisia ratkaisuita nykyisiin ongelmiin. Kotihoidon henkilöstön riittävyden kannalta on oleellista, että säännöllisten palveluiden piiriin ohjautuvat vain ne, joilla on todellinen tarve palveluihin. Palveluiden myöntämisen tulee perustua huolelliseen palvelutarpeen arviointiin. Yksittäisellä arviointikäynnillä ei kuitenkaan välttämättä tunnisteta palvelutarpeen taustalla olevia asiakkaan terveydentilaan, toimintakykyyn tai kuntoutustarpeeseen liittyviä tekijöitä, joihin puuttamalla palvelujen tarve pystyttäisiin pienentämään tai poistamaan, mikä johtaa tarpeettomaan kotihoidon resurssien käyttöön. Ennen säännöllisen kotihoidon palvelujen myöntämistä pitäisi edellyttää, että asiakkaan terveydentila, kokonaistoimintakyky ja niihin vaikuttavat tekijät arvioidaan moniammatillisesti ja arvioinnin pohjalta toteutetaan tarvittavat kuntoutustoimenpiteet erillisenä arviointi- ja kuntoutusjaksona ja tämän jälkeen arvioida säännöllisen palvelun tarve uudelleen. Kotihoidossa on tällä hetkellä merkittävä henkilöstövaje, mikä johtuu henkilöstön saatavuusongelmasta. Kotihoito työskentely-ympäristönä ei ole tällä hetkellä vetovoimainen. Lakiluonnoksen tavoitteena on, että kotikäynnit sekä työntekijöiden päivittäiset työtehtävät ja työajat suunniteltaisiin niin, että työntekijän on mahdollista toteuttaa kotikäynnit ammattieettiset velvollisuutensa huomioiden. Tavoitteet toiminnan tehostamisesta, esim. toiminnanohjausjärjestelmiä hyödyntäen, saattavat kuitenkin synnyttää ylimääräistä eettistä kuormitusta työntekijälle, kun kokemus kaikesta huolimatta on, ettei pysty työskentelemään oman ammattietiikkansa periaatteiden mukaan esim. ajanpuutteen vuoksi. Tämän vuoksi pelkästään lakiin kirjattu tavoite tukea työntekijöitten mahdollisuuksia toimia ammattieettisten päämääriensä mukaisesti ei ole riittävä, vaan on laajemmin myös kuvattava keinoja tämän mahdollistamiseksi. Yksityiskohtaisen säätelyn ja velvoitteiden ohella lainsäädännön pitää myös tukea vaihtoehtoisten toimintamallien pilotointia ja käyttöönottoa. Osaltaan kotihoidon työntekijöiden kuormittuneisuus selittyy puutteellisella sairaanhoidollisella ja lääketieteellisellä

tuella. Tuen puuttuessa työntekijät joutuvat käyttämään tarpeettomasti aikaa ja voimavaroja asiakkaan terveydentilaan ja sen muutoksiin liittyvien ongelmien ratkaisuun. Puutteellinen tuki näyttäytyy myös tarpeettomina päivystyskäynteinä. Olisi perusteltua lainsäädännön tai viranomaismääräysten kautta edellyttää kotihoitoon riittäviä lääkäriresursseja kotihoidon asiakkaiden akuuttien ja pitkäaikaisten sairauksien turvallisen hoidon ja toisaalta riittävän tuen kotihoidon työntekijöille varmistamiseksi. Asiakkaan näkökulmasta tehostamispyrkimykset näyttäytyvät usein monen eri kotihoidon työntekijän käynteinä hänen luonaan. Muistisairaat ovat keskeinen kotihoidon asiakasryhmä ja iso haaste on se, miten heidän kohdallaan turvallista kotona asumista pystytään tukemaan mahdollisimman pitkään elämänlaatu ja turvallisuudentunne säilyttäen. Heidän kohdallaan tavoitteena tulisi olla kokonaisvaltainen ja turvallisuudentunnetta vahvistava toimintatapa (vrt. edellä tukipalvelujen järjestäminen) mahdollisimman harvojen luotettujen ja tutuksi tulleiden työntekijöiden toteuttamana.]

11. Ovatko ns. hybridiasumista koskevat säännökset (46 c §) mielestänne onnistuneita? Jos eivät, miten muuttaisitte niitä?

Kyllä

Vanhuspalvelulaki

12. Onko mielestänne pitkäaikaisen laitoshoidon lakkauttaminen sosiaalihuollon yksiköissä iäkkäiden osalta onnistunut ratkaisu (14 §, 14 a §, 15 b §)?

Ei [12. Lakiehdotuksen mukainen pitkäaikaishoidon järjestämisen lopettaminen sosiaalihuollon yksiköissä on toivottava kehityssuunta. Sen sijaan sitä korvaamaan ehdotettu hoito terveyskeskusten sairaalaosastoilla on vastoin aiempia periaatteita, joiden mukaan kenenkään ei tarvitse asua sairaalassa ja huonokuntoisimpienkin asiakkaiden kohdalla tavoitellaan edes jonkintasoista kodinomaisuutta sosiaalihuollon laitousyksiköissä. Lakimuutos ei saa johtaa terveyskeskusten sairaalaosastojen pitkäaikaishoidon määrän lisääntymiseen. Terveyskeskusosastojen luonne on viime vuosina muuttunut huomattavasti akuuttihoiton suuntaan, mikä näkyy niin osastojen toiminnassa kuin henkilöstön osaamisessa. Laadukkaan pitkäaikaishoidon toteuttamisen edellytykset kyseisenkaltaisessa toimintaympäristössä ovat merkittävästi heikentyneet.

Pitkäaikaishoitopotilaiden riskinä olisi jäädä kiireellisempää hoitoa vaativien potilaiden jalkoihin ja hoidon luonne voi muuttua säilyttäväksi laadukkaan elämän ja toimintakyvyn säilyttämisen sijaan akuuttihoiton korostuessa osastojen toiminnassa ja henkilöstön osaamisessa. On tärkeä huomata, että perusterveydenhuollon osastopaikkoja on pyritty pitkään vähentämään ja pitkäaikaiset hoitopaikkaa odottavat potilaat muodostavat jo nyt pullonkaulan, joka epätarkoituksenmukaisella tavalla lisää erikoissairaanhoidon kuormitusta, kun jatkohoitopaikkoja ei ole riittävästi. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä lääkäritoimintaa ja hoitotyötä kehittämällä on pystytty hoitamaan huonokuntoisia, monisairaita asukkaita. Terveyskeskusten laitoshoidon turvautumisen sijasta lainsäädännön tulisi tukea toimintatapoja, jotka mahdollistavat tämän asiakasryhmän asumisen järjestämisen riittävin resurssein tehostetussa palveluasumisessa.]

13. Onko lakiehdotuksessa esitetty palvelusuunnitelman sisällön täsmentäminen tarpeellista (16 §)?

-

14. Onko lakiehdotuksessa esitetty omatyöntekijän tehtävien täsmentäminen tarpeellista (17 §)?

Kyllä

15. Onko lääkehoidon toteuttamista koskeva säännös mielestänne onnistunut (20 §:n 1 mom.)?

Kyllä

16. Onko mielestänne kannatettavaa, että seurantayhteenvedot julkaistaisiin toimintayksikkökohtaisina (24 a §)?

Kyllä

Koko lakipakettia koskevat kysymykset

17. Mitä haasteita näette säännösten toimeenpanossa? Onko lakiesityksellä riskejä?

Henkilöstön puute jo nykyisellään on merkittävä haaste.

18. Millaista tukea toivotte toimeenpanoon?

-

19. Mitä muuta haluaisitte lausua esityksestä?

Kohta 7: Pykälä on sinällään selkeä. Olisi kuitenkin syytä korostaa sitä, että (samoin kuin ennen säännöllisen kotihoidon palvelujen myöntämistä) ennen ympärivuorokautisen hoitopaikan myöntämistä asiakkaan terveydentila ja kokonaistoimintakyky tulee arvioida moniammatillisesti ja arvioinnin pohjalta toteuttaa tarvittavat hoito- ja kuntoutustoimenpiteet. Nykyisellään ei ole poikkeuksellista, että ympärivuorokautiseen hoitoon hyväksytyillä henkilöillä on hoitamattomia terveysongelmin, joihin puuttumalla pitkäaikaishoidon tarve olisi voitu välttää tai sen tarvetta viivästyttää, tai heidän kuntoutuksensa on toteutettu puutteellisesti. Toisaalta siinä tilanteessa, kun parhaallakaan hoidolla ei turvallista ja mielekästä kotona asumista voida turvata, ympärivuorokautisen hoitopaikan tulisi olla järjestettävissä viiveettä (järjestämiselle voisi antaa aikarajan).

Muut asiat:

Keskeinen valtakunnallinen tavoite on tukea iäkkäiden kotona asumista järjestämällä kotiin riittävät palvelut. Tavoitteen onnistumisen kannalta on keskeistä, miten erityisesti muistisairaiden kotona asumista tukevat palvelut järjestetään ja miten muistisairauden tuomat erityisvaatimukset palveluiden sisältöihin huomioidaan. Keskeisiä vaatimuksia palveluille ovat muistisairaana tarpeiden ennakointi ja ennakoimattomissa ongelmatilanteissa nopea reagointikyky, palveluiden järjestämistapojen joustavuus ja yksilöllisyys sekä palveluiden koordinointi. Tämä edellyttää usein toisenlaista toimintatapaa, kuin toiminnanohjaukseen perustuva tiukasti suunniteltu ja aikaresursoitu toiminta. Lainsäädännöllisestikin yksilöllisiin ratkaisumalleihin pitää kannustaa ja niiden toteuttaminen mahdollistaa. Huomioiden, että muistisairaat ovat erityisen haavoittuva ryhmä, lainsäädännössä tulisi erityisesti turvata heidän asemaansa ja hyvää hoitoaan.

Lakiehdotuksessa on muistisairaana kannalta tärkeitä näkökulmia, mm omatyöntekijän roolin korostaminen seurannasta vastaavana ja palveluja koordinoivana työntekijänä. Esityksessä tuodaan kuitenkin puutteellisesti esiin, kuka omatyöntekijä käytännössä olisi. Tehtävät vastaavat pitkälti

asiakasohjaajan toimenkuvaa. Asiakasohjaaja on kuitenkin varsinkin suuremmissa kunnissa liian etäinen, jotta hän voisi yksilöllisellä tasolla koordinoida palveluiden tarvetta ja järjestämistä muuttuvissa tilanteissa. Muistisairaiden kohdalla jo ennen palvelujen piiriin ohjautumistakin räätälöity, yksilölliset tarpeet huomioiva muistikoordinaattoritoiminta (palveluohjaus, muistisairauteen liittyvä ohjaus ja muistisairauden oireiden seuranta) ovat osoittautuneet useassa tutkimuksessa vaikuttavaksi ja jopa palveluiden käyttöä vähentäväksi toiminnaksi, minkä perusteella muistikoordinaattoritoiminta tulisi ottaa laaja-alaisesti käyttöön ja toimintatavan leviämistä pitäisi tukea myös lainsäädännöllisin keinoin.

Jämsen Esa
Suomen Geriatri ry