

Asia: VN/501/2020

Lausuntopyyntö iäkkäiden henkilöiden palvelukokonaisuutta koskevan lainsäädännön uudistamisesta

Lausunnonantajan lausunto

Lausunnonantajan organisaatio

Muu

1. Sosiaalihuoltolain 21 §:n mukaisia asumispalveluja ovat tilapäinen asuminen, tuettu asuminen sekä nk. tavallinen palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Palveluasumisella tarkoitetaan (kunnan järjestämässä) palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Erona tehostetun ja tavallisen palveluasumisen välillä on, että tehostettu palveluasuminen sisältää ympärivuorokautiset palvelut. Voitaisiinko tavallisen palveluasumisen käsite mielestänne poistaa lainsäädännöstä?

Kyllä

2. Jos tavallisen palveluasumisen käsite poistetaan lainsäädännöstä, pitäisikö muutoksen koskea vain iäkkäiden henkilöiden palveluasumista?

3. Jos tavallinen palveluasuminen (kunnan järjestämässä palveluasunnossa) poistuisi palveluvalikosta, pitäisikö kunnan sosiaalitoimella olla velvollisuus joissakin tapauksissa järjestää asiakkaalle hoitoa ja huolenpitoa turvaavien palvelujen lisäksi myös asunto?

Kyllä

4. Jos tavallinen palveluasuminen jää lainsäädäntöön, pitäisikö omaishoidon tuesta annettua lakia muuttaa niin, että omaishoidon tukea voidaan myöntää myös tavallisen palveluasumisen asiakkaille?

Kyllä

5. Pitäisikö tehostettua palveluasumista ja muita asumis- ja palvelumuotoja voida toteuttaa samassa toimintayksikössä?

Kyllä

6. Voitaisiinko iäkkäiden henkilöiden asumisen monimuotoisuutta edistää muilla lain muutoksilla?

Ei kantaa

7. JOS vastasitte kyllä kysymykseen 6, kuvatkaa, millaisilla muilla lainmuutoksilla asumisen monimuotoisuutta voitaisiin edistää.

-

8. Sosiaalihuoltolain 21 §:n 3 momentin mukaan palveluasumisen saannin edellytyksenä on, että henkilö tarvitsee soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Tehostetun palveluasumisen saanti edellyttää lisäksi, että hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautinen. Pitäisikö laissa määritellä tehostetun palveluasumisen saannin edellytykset nykyistä tarkemmin?

Kyllä

9. Kotipalvelun sisältönä on sosiaalihuoltolain 19 §:n mukaan jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittaminen tai niissä avustaminen. Nämä toiminnot ovat: asuminen, hoito ja huolenpito, toimintakyvyn ylläpito, lasten hoito ja kasvatus sekä asiointi. Luettelo ei ole tyhjentävä. Kotipalveluun sisältyvät tukipalvelut ovat: ateriat-, vaatehuolto- ja siivouspalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Pitäisikö kotipalveluun sisältyvät tukipalvelut erottaa omaksi palvelumuodokseen?

Kyllä

10. Vastaavatko kotipalvelun ja tukipalvelujen käsite ja sisältö nykyisiä asiakkaiden tarpeita vai pitäisikö palvelujen nimikettä ja/tai niiden sisältöä muuttaa?

Ei

11. Eduskunnan käsiteltävänä on hallituksen esitys (HE 4/2020 vp), jossa vanhuspalvelulakiin ehdotetaan säännöksiä tehostetun palveluasumisen henkilöstömitoituksesta. Pitäisikö myös kotihoidon henkilöstön määrästä säätää lain tasolla?

Kyllä

12. JOS vastasitte kyllä kysymykseen 11, kuvatkaa millä tavalla asiasta pitäisi säätää. Olisiko esimerkiksi Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6) oleva suositus kotihoidon henkilöstön määräytymisestä toimiva tapa?

Kuten raportissa on kirjattuna, on suuri vaara, että kotihoidon henkilöstöä tulee siirtymään tehostetun palveluasumisen piiriin, kun asumispalvelun henkilöstömitoitus nousee. Kotihoidossa on jo nykyisellään pulaa henkilöstöstä. Kansalliset tavoitteet siitä, että yhä pienempi osa ikäihmisistä asuisi tehostetussa palveluasumisessa, yhdessä väestön ikääntymisen kanssa aiheuttavat sen, että kotihoidon riittävyys ja laatu on pystyttävä varmistamaan raskaita palveluita vaativien iäkkäiden lukumäärän minimoimiseksi. Siksi voi olla jopa erittäin tärkeää säännellä kotihoidon henkilöstön määrää lailla.

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6) oleva suositus kotihoidon henkilöstön määräytymisestä voisi olla toimiva tapa säännellä kotihoidon henkilöstön määrää lain tasolla. Tuntimäärien määrittämiseen täytyisi olla kuitenkin perustellut käytännöt ja niiden tulisi olla riittäviä: liian tiukaksi rajatut tuntimäärät johtavat siihen, että asioita tehdään asiakkaalle/asiakkaan

puolesta sen sijaan, että ikääntynyttä tuettaisiin itsenäisessä selviytymisessä, jolloin uhkana on toimintakyvyn heikentyminen ja kasvava avuntarve.

Sekä tehostetun palveluasumisen että kotihoidon kohdalla on kuitenkin harhaanjohtavaa ja mahdollisesti epätarkoituksenmukaista tarkastella pelkkää hoitajien lukumäärää. Sen ohella tulee varmistaa henkilöstön (ja lähijohdon) riittävä osaaminen ikääntyneiden ja muistisairaiden hoidossa; ilman osaamista hoito ei ole vaikuttavaa ja hyvällä osaamisella ympärivuorokautisessa hoidossa säädettyä vähäisempikin hoitajamitoitus voisi riittää. On tärkeää huomioida, että kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat ovat monisairaita, joten hoitajien lukumäärän lisäksi tulisi varmistaa riittävä sairaanhoidollinen osaaminen (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, lääkäripalvelut) ja kuntoutusosaaminen (fysioterapeutti, toimintaterapeutti). Riittävän henkilöstömitoituksen lisäksi voisi olla perusteltua edellyttää, että asumispalveluyksiköillä olisi kuvattuna menettelytavat sairaanhoidollisten palveluiden saatavuudesta ja käytöstä niin kiireettömissä kuin kiireellisissä tapauksissa. Samoin asiakasohjausyksiköillä tulisi olla kirjattuna toimintamalli moniammatilliseen, systemaattiseen terveydentilan arviointiin (ml. lääketieteellinen arviointi). Pelkkä hoitajamitoitus ei ole riittävä varmistamaan asianmukaista hoidon laatua ja ikääntymispoliittisten tavoitteiden saavuttamista.

13. Tukeeko nykyinen vanhuspalvelulain säännös toimintayksikön johtamisesta (21 §) riittävästi johtamisen kehittämistä?

Kyllä

14. Mitä muuta haluatte tuoda esiin iäkkäiden henkilöiden palveluja koskevan lainsäädännön kehittämisestä?

Täydennys kohdan 5 vastaukseen: Tehostettua palveluasumista ja muita asumis- ja palvelumuotoja pitäisi voida toteuttaa samassa toimintayksikössä. Tämä mahdollistaisi sen, että iäkäs henkilö voisi asua samassa asumisyksikössä koko loppuelämänsä samoin sen, että pariskunta, jossa puolisoiden toimintakyky on erilainen, voi asua yhdessä. Useat asumispaikan muutokset elämän viime vuosien aikana eivät ole perusteltuja, ja varsinkin muistisairaiden kohdalla ne olisivat rasittavia. Lisäksi riskinä olisi, että palvelutarpeen muuttuessa osa ikääntyneistä joutuisi nykyisenkaltaiseen tapaan odottamaan uutta hoitopaikkaa epätarkoituksenmukaisesti esimerkiksi terveyskeskusosastoilla; jos lisääntyvään hoidon tarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan samassa toimintayksikössä, tältä ongelmalta vältyttäisiin.

Kuvatun kaltaisen toiminnan järjestäminen vaatii kuitenkin kriittistä pohtimista: millainen henkilöstömäärä toimintayksikköön tarvitaan, millaista henkilöstön osaamisen pitäisi olla, miten toimintaa valvotaan ja mitkä hoidon kustannukset ovat yhteiskunnalle ja iäkkäälle itselleen. On myös otettava huomioon, että tämä ainakin kaupunkien alueella on mahdollista, että tällaisiin yksiköihin, joissa on monimuotoista asumista, hakeutuu runsaasti ikäihmisiä, jolloin riskinä on, että yksikkö täyttyy ”liian” hyväkuntoisista iäkkäistä ja haasteeksi muodostuu, riittävätkö asunnot niille iäkkäille, jotka tehostettua palveluasumista eniten tarvitsevat (elleivät he ole yksikköön jo aiemmin muuttaneet).

Lisäksi on tärkeää varmistaa, että palveluvalikoimassa on myös sellaisia yksiköitä, joissa on erityisosaamista muistisairaiden hoidosta. Vaikka suurimmalla osalla kaikista tehostetun asumispalveluyksikön asukkaista on muistisairaus, erikseen tarvitaan yksiköitä, joissa on

mahdollisuus hoitaa niitä, joilla muistisairauteen liittyy pitkäaikaista haasteelliseksi koettua käyttäytymistä (käyttösoireita).

Täydennys kohdan 8 vastaukseen: Laissa pitäisi määritellä tehostetun palveluasumisen saannin edellytykset nykyistä tarkemmin. Esimerkiksi: Toimintakyvyn pitää olla kartoitettuna yhteisesti sovittavan kansallisen toimintakykymittariston avulla. Lisäksi toimintakyvyn heikentymisen taustalla olevien syiden tulee olla selvitettyinä ml. huolellinen lääketieteellinen arviointi (pitkäaikaissairaudet, mahdollisesti diagnosoimattomat sairaudet, sairauksien vaikeusaste ja ennuste, lääkitys, hoidettavissa olevat oireet ja oireyhtymät) arvio) ja kuntoutusmahdollisuudet hyödynnettyinä. Tehostettua palveluasumista tulisi voida myöntää myös määräaikaisesti.

Tehostetun palveluasumisen kriteereiden määrittelemisessä esim. RAI-mittaristoon perustuen tulee olla varovainen, eikä tämäläyppisten kriteereiden kuvaaminen lainsäädännössä ole perusteltua. Yksilötasolla RAI-arviointeihin liittyy tulkinnanvaraa ja siten virhearvion mahdollisuus etenkin, jos arvion tekevä henkilö ei tunne RAI-arvioinnin käytäntöjä ja arvioitavaa ikääntynyttä riittävän hyvin. Lisäksi on tilanteita, joissa ympärivuorokautisen hoitopaikan tarve voi liittyä sosiaaliseen tilanteeseen (esim. asumisolosuhteet) tai esimerkiksi muuten hyväkuntoisella ja terveellä muistisairaalla taipumukseen lähteä kotoa ja eksyä.

Täydennys kohdan 10 vastaukseen: Tukipalveluiden yhteydessä olisi syytä huomioida myös turva(puhelin)palvelu. Sen osalta tarvittaisiin kansallisesti selkeät linjaukset sen henkilöstön koulutuksen ja osaamisen osalta: käytännössä auttajalla tulisi olla hoidollista osaamista esimerkiksi kaatumisvammojen tai terveydentilan muutosten havaitsemiseksi, mutta tätä voi olla valtakunnallisesti vaikea järjestää.

Muut asiat:

a. Vaikka toimintakyvyn heikentyminen ja avuntarpeen lisääntyminen liittyvät ikääntyneiden sairauksiin (vanheneminen sinällään ei väistämättä johda toimintakyvyn heikentymiseen) ja kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen asiakkaat ovat tunnetusti monisairaita, ikääntyneiden henkilöiden akuuttien ja pitkäaikaisten sairauksien hoito jäävät sekä läkkäiden henkilöiden palvelujenuudistamistyöryhmän raportissa että vastikään lausuntokierroksella olleessa laatusuosituksessa suurelta osin huomiotta. Pitkäaikaissairauksien hyvällä hoidolla, toimintakyvyn heikentymisen taustalla olevien tilojen tunnistamisella ja hoidolla ja kuntoutuksella pystyttäisiin vähentämään palveluiden tarvetta, ja niiden huomiointi on välttämätöntä pyrittäessä tukemaan ikääntyneen väestön terveyttä ja toimintakykyä.

Tätä raporttia lukiessa huomio kiinnittyy siihen, että lausuntoa on pyydetty hyvin vähän terveydenhuollon toimijoilta. Terveydenhuollon näkökanta olisi kuitenkin tärkeä huomioida, koska palvelutarpeen arviointiin tulee liittyä edellä kuvatulla tavalla huolellinen terveydentilan selvittäminen ja paitsi palvelu-, myös hoito- ja kuntoutussuunnitelman valmistelu. Lukuun ottamatta kahta asiantuntijalääkärinä, lääketieteen edustajia – erityisesti ikääntyneitä käytännössä hoitavia lääkäreitä – ei ole myöskään ollut mukana raportin valmistelussa tai jaostoissa. Lääkehoitoa

käsittelien jaoston raportissa tuodaan esille lukuisia ongelmakohtia kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen lääkäripalveluihin ja lääkehoitoon liittyen. Lainsäädännön mukaan sairauksien diagnostiikka, hoito ja vastuu lääkityksestä ovat lääkärin tehtäviä. Ikääntyneiden henkilöiden palveluita käsittelevän lainsäädännön jatkovalmistelussa tulisi siksi tähänastista paremmin huomioida lääketieteelliset ja sairaanhoidolliset näkökohdat sosiaalihuollon ja päivittäistoiminnoissa selviytymistä tukevien palveluiden lisäksi. Jos terveydentilaan liittyvät kysymykset, sairauksien hoito ja kuntoutus sivuutetaan, riskinä on, että ajaututaan tuottamaan ja lisäämään palveluita, jotka paremmalla hoidolla voitaisiin välttää.

b. Työryhmän ehdotuksen 4 kohdalla olisi aiheellista tuoda esiin, että palvelusuunnitelman tulee sisältää (tai sen rinnalla tulee olla) hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Ennen palvelusuunnitelman tekemistä toimintakyvyn pitää olla kartoitettuna yhteisesti sovittavan kansallisen toimintakykymittariston avulla (RAI-mittariston ohella tulee ainakin siirtymäaikana olla käytettävissä jokin kevyemmin toteutettava malli toimintakyvyn arviointiin) ja toimintakyvyn heikentymisen taustalla olevien tekijöiden tulee olla selvitettyinä.

c. Työryhmän ehdotuksessa 5 kuvataan THL:n velvollisuutta ja oikeutta saada tietoja. Sen sijaan, että tieto siirtyy yhdensuuntaisesti THL:ään, tiedonkulun tulisi olla kaksisuuntaista niin, että tietoa tuottavat yksiköt (kunnat, palveluntarjoajat) saisivat riittävän usein (vähintään vuosittain) palautteen suoriutumisestaan verrattuna esim. muihin kuntiin sekä kehittämistarpeista. Tällainen palautejärjestelmä edistäisi kehittämistoimia (vertaiskehittäminen) ja sen voisi ajatella olevan reilua myös tietoa tuottavia kuntia ja palveluntarjoajia kohtaan (vastine tiedon tuottamisesta). Lisäksi erikseen olisi aiheellista harkita sitä, missä määrin kerättävää tietoa ja alueellisia vertailuita voitaisiin raportoida julkisesti. Tiedonkeruun ohella olisi tärkeää, että Kanta-palveluita kehitettäisiin nopeassa tahdissa yksittäisten ikääntyneiden hoidon ja toisaalta valtakunnallisen seurantatiedon saamiseksi ilman manuaalista (esim. kyselyihin perustuvaa) tiedonkeruuta.

d. Käytännön asiakas- ja potilastyössä tarvittaisiin kiireellisesti tietojen käyttämismahdollisuutta yli terveydenhuollon ja sosiaalihuollon rajapinnan. Nykyisellään tietosuojan tuomat rajoitukset estävät hoidon kannalta tarpeellisen tiedon saamisen esimerkiksi päivystystilanteissa, johtavat moninkertaiseen kirjaamiseen ja epätarkoituksenmukaisiin hoitoratkaisuihin, lisäävät riskiä virheille tiedonkulussa ja pahimmillaan vaarantavat potilasturvallisuutta. Raportissa on ehdotettu yhteistä palvelua riittäväksi perusteeksi tiedon käsittelylle. Ehdotus on askel parempaan suuntaan, mutta ei välttämättä riittävä.

e. Vaikka työryhmän tehtävänä oli arvioida ennaltaehkäisyn näkökulmaa, sen osuus jää raportissa valitettavan pieneksi. On tärkeä huomata, että n. 80 % 75 vuotta täyttäneistä ei ole vielä kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen piirissä. Olisi tärkeää, että näiden ikääntyneiden toimintakykyä pystyttäisiin ylläpitämään niin, että heistä mahdollisimman harva tarvitsisi palveluita ja että palvelutarpeen syntyä pystyttäisiin siirtämään mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen. Nyt esitetyt toimet ja muutokset lainsäädäntöön eivät tue tätä tavoitetta. Vähimmillään olisi aiheellista huomioida riskiryhmien ohjaaminen lääketieteelliseen selvittelyyn (vrt. STM:n Laatusuositus

hyvänikäntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019) sekä varhaisvaiheen kuntouttavat palvelut.

f. Sekä raportissa että laatusuosituksessa puhutaan laadusta määrittelemättä sitä tarkemmin. Vaikka raportissa mainittu asiakaskokemus on tärkeä, kehittämistoimien ja palveluiden vaikuttavuuden arvioimiseksi tarvitaan muutakin tietoa, erityisesti tietoa toimintakyvystä ja sen muutoksista. Ainakin periaatteessa tässä suhteessa voitaisiin hyödyntää RAI-mittaristoa huomioiden, että se on käytettävissä sekä kotihoidossa että ympärivuorokautisessa hoivassa. RAI:n perusteella olisi mm. sen herätteitä hyödyntäen mahdollista muodostaa laatuindikaattoreita. On perusteltua, että käytetään samaa mittaristoa arvioitaessa palvelutarvetta kotihoidossa, omaishoidossa ja asumispalveluissa.

g. Raportissa ja lainsäädännön muutosehdotuksissa tuodaan useassa kohdassa esille henkilöstön koulutuksen riittävyys. Koulutus ei kuitenkaan takaa osaamista, ja voisi olla perusteltua korvata koulutus osaamisella. Ikääntyneiden henkilöiden hoitoa koskeva opetus sosiaali- ja terveydenhuollon alan koulutusohjelmissa ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa ei monelta osin nykyisellään vastaa sitä tarvetta, jonka väestön ikääntyminen aiheuttaa. Koulutuksen sisältöä sekä toisaalta jatkokoulutusjärjestelmiä ja -mahdollisuuksia olisi aiheellista tarkastella ja todennäköisesti ohjata kansallisesti ikääntyneen väestön asianmukaisen ja tarkoituksenmukaisen hoidon varmistamiseksi.

Jämsen Esa
Suomen Geriatri ry