

Asia: STM070:00/2019

**Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain 15 ja 20 §:n muuttamisesta sekä 20 §:n väliaikaisesta muuttamisesta**

Lausunnonantajan lausunto

**Lausunnonantajan organisaatio**

Kunta tai kuntayhtymä

Henkilöstön mitoittaminen

**Vastaako esitysluonnoksessa ehdotettu määrittely mitoittukseen laskettavista henkilöstöryhmistä asiakkaiden ja toiminnan tarpeita?**

STM070:00/2019 Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä,

Välittömään hoitotyöhön laskettava henkilöstö ymmärretään laajempaan käsitteenä aiempaan nähden, mikä on hyvä asia. Geronomit, sosionomit, fysio- ja toimintaterapeutit yms. tuovat hyvän lisän hoitotyön kokonaisuuteen.

Esitysluonnos rajaa hyvin välittömän asiakastyön ja erittelee siitä välillisen, eli tukityön. Esitetyt henkilöstöryhmät monipuolistavat toimintaa. Hoiva- avustajat lähi- ja sairaanhoitajien tukena hoitotyön kentässä kuulostaa hyvältä. Palvelutaloissa asuu monisairaita ja myös saattohoitoasiakkaita, heidän hoitamisensa vaatii koulutettua henkilöstöä. Esityksessä todetaan, että hoiva-avustajat eivät voi ilman lisäkoulutusta osallistua lääkehoitoon. Hoiva-avustajien lääkehoidon lisäkoulutus ja sen vaatimukset tulee sisällyttää lakiin, jotta tulkinnan varaa ei jää. Lääkehoidon toteuttaminen vaatii laajempaa ymmärrystä ja osaamista, joten muutaman viikon kurssi ei riitä. Lääkehoidon toteuttamisessa on tullut esiin useita asiakasturvallisuutta vaarantavia epäkohtia, jotka korreloivat vahvasti ammatillisen henkilökunnan vähyyteen ja vaihtuvuuteen.

Hoiva-avustajien määrä vrs koulutettu henkilöstön määrä tulisi ohjeistaa lailla, jotta koulutettujen määrä ei pienene liikaa vuoro-kohtaisesti. Esityksessä rajattu asiaa ainoastaan niin, että hoiva-avustajat eivät yksin voi olla vuorossa, ei ole riittävä raja. Riittämätön sairaanhoitajien määrä vaikeuttaa esimerkiksi saattohoidon toteutumista yksiköissä. Miten varmistetaan, että yksiköissä

työskentelee tasaisesti koulutettua, osaavaa henkilöstöä, kun monesti yksikön koot ovat suhteellisen pienet. On tärkeää huomioida, että työtä tehdään kolmessa vuorossa ja asukkaiden tarpeet on suuret myös iltaisin ja öisin, esim. haasteellinen käyttäytyminen, kivunhoito ja yleisesti sairauksien hoito esim. parkinson, muistisairaus jne.

Esityksessä on väljästi muotoiltu saattohoidon toteutuminen ympärivuorokautisissa palveluissa siten, että asiakkaalle pyritään mahdollistamaan palliatiivinen- sekä saattohoito. Yhteistyö kotisairaalan kanssa on tärkeää huomioida näissä tilanteissa. Saattohoidon laadukas toteuttaminen vaatii lisäkoulutusta henkilöstöltä.

Teknologian hyödyntämisen eri mahdollisuudet eivät tule esityksessä esille, ne tulisi myös ottaa huomioon mitoituksissa ja huomioida eri käyttömahdollisuudet kaikin mahdollisin tavoin.

Esimiehen laskeminen hoivamitoitukseen tulee määrittellä tarkasti, yksikön koko vaikuttaa asiaan.

Palveluasumisen kriteerit tulisi selventää osana asiakirjaa ja olla kansallisesti yhtenäiset määrittelyiltään- nyt määrittelyt ovat ylätasoiset.

**Hallitusohjelmaan on kirjattu, että henkilöstön työnjakoa selkiytetään muun muassa tukipalvelujen osalta. Onko esitysluonnoksessa ehdotettu työnjako välittömän asiakastyön ja välillisen tukipalvelutyön osalta asianmukainen vai olisiko sitä tarpeen muuttaa jollakin tavoin?**

Tukipalvelut omana osanaan on hyvä tarkennus. Mitä kuuluu tukityöhön olisi hyvä kirjata tarkasti; siivous, pyykit, ravitsemus, miten ruoan lämmitys ja tarjoilu? Entä toiminnan ohjaus, virikkeellisen arjen tarjoaminen?

**Kertooko esitysluonnoksessa ehdotettu tapa laskea mitoitus luotettavalla tavalla mitoituksen toteutumisesta?**

Ei kerro. Mitoituksen laskemiseen tulisi kehittää tietoteknillinen ratkaisu, joka kerää tiedot eri järjestelmistä. Vain siten voidaan taata yhtenäinen tulkinta ja varma tiedon saanti. Mitoituksen yhtenäistäminen ja tarkka ohje mitoituksen laskentaan on välttämätön.

Eli laskenta hoitotyöhön kohdistuneet työtunnit/38.25h/ asukasmäärä on selkeä.

Miten laskenta yksiköissä, jossa on monia eri asiakasryhmiä? Mitoitusten seurantatiedot eivät vertailukelpoiset. Hoitoisuuden huomiointi?

**Onko esitysluonnoksessa ehdotettu tapa laskea mitoitus mielestänne käytännössä toimiva?**

Tarkkaa kaavaa ei ole esityksessä mitoituksen laskemiseksi ei ole esitetty. Tulkinanvaraisuutta ei saisi olla. Miten huomioidaan RAI-hoitoisuus mitoituksessa-nyt on liian väljästi määritelty?

**Onko esitysluonnoksessa ehdotettu siirtymäaika näkemyksenne mukaan sopiva 0,7 mitoituksen toteuttamiseen?**

Ei ole.

Materiaalin mukaan nyt esitettyyn muutokseen ei ole vielä varattu koulutusrahoja tai tehty suunnitelmia, jonka vuoksi nyt esitetty aika ei riittävä. Pelkästään koulutetun henkilöstön poistuma eläkkeelle on ehdotettuna siirtymäaikana aikana suuri ja jo sen osittainkin korvattavuus on haaste. Koulutettuja sairaanhoitajia tai lähihoitajia tarvitaan ja koulutusten kestot ovat 3-4 v. Hoivaavustajien koulutus olisi myös pikaisesti aloitettava, kun vaatimusmäärittelyt on tehty.

### **Miten riittävä henkilöstön saatavuus voidaan turvata?**

Alan houkuttelevuuden kasvattaminen on meidän kaikkien yhteinen asia. Alan houkuttelevuutta pitäisi lisätä kilpailukykyisten palkkojen, monipuolisten työaikamuotojen, työnkierron mahdollistamisen, uusien koulutusmuotojen turvin.

On tärkeä ottaa henkilökunta kehittämistyöhön mukaan siinä mittakaavassa, mikä on heistä mielekästä ja lisätä tätä kautta työhyvinvointia.

Luodaan koulutuspolut, ei kuitenkaan mitään oikopolkuja sanomalla ”kaikki pääsevät”. Pääsykokeet mittaamassa kykyä ja motivaatiota on edelleen tärkeää.

## **Toimintakyvyn ja palvelutarpeen (hoitoisuuden) kansallinen arviointi- ja seurantamittaristo**

### **Mitä RAI:n käyttöönotossa tulee ottaa huomioon?**

Riittävän kattava, kansallisesti yhtenäinen koulutus käyttäjille sekä riittävä aika omaksumiseen ja osaamisen varmistaminen. RAI:n käyttöönotossa tulee myös varmistaa toimiva integraatio käytettäviin asiakas- ja potilastietojärjestelmiin, jotta päällekkäisiltä kirjauksilta vältytään.

Koulutus olisi otettava osaksi jatkuvaa osaamisen kehittämisen prosessia.

Pienten palveluntuottajien taloudelliset mahdollisuudet ostaa lisenssit ja koulutukset?

Lakimuutoksessa olisi hyvä tarkemmin ohjeistaa mikä RAI otetaan käyttöön, HC, LTC, RAI screener jne

### **Miten näkemyksenne mukaan RAI-järjestelmän kautta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää palvelujen järjestämisessä ja/tai tuotannossa?**

Voidaan hyödyntää voi hyvin laajasti: asiakkaan palvelutarpeen arvioinneissa, asiakkaiden hoitoisuuden arvioinneissa, myös suhteessa hoitohenkilökunnan määrään, kustannusten arvioinneissa ja johtamisessa ja palveluiden kehittämisessä.

### **Sisältyykö RAI:n käyttöön joitakin riskejä tai haasteita?**

Kansallisesti yhtenäistä koulutusta ei tule.

Järjestelmän käyttöön ei sitouduta, kun ohjelma koetaan liian vaikeaksi, taloudellisesti raskaaksi ja aikaa vieväksi. Ohjeita ei noudateta, joten arvioinnit eivät ole vertailukelpoisia.

Tulisi olla kansallisesti yhtenäinen arviointi – ja seurantamittaristo.

**Onko mielestänne olemassa jokin muu / joitakin muita mittaristoja, jotka vastaisivat asiakkaiden toimintakyvyn ja palvelutarpeen (hoitoisuuden) arviointiin ja seurantaan paremmin kuin RAI-mittaristo?**

Tiedossamme ei ole muita yhtä kattavia mittareita.

## Muita huomioita

**Mitä muuta haluatte tuoda esiin?**

Valvontaan toivotaan yhtenäisiä kansallisia linjauksia, kuten valvonnan eri muodot, valvontakäynnin kertomuspohjan yhtenäistäminen, lääkehoidon valvonta jne

Nähdään, että valvonta henkilökunnan lisääminen ei ole ratkaisu, valvontamuotojen kehittäminen ja teknisten ratkaisujen kehittäminen on parempi keino.

Laissa olisi hyvä määrittää myös sanktiot, mitä tapahtuu, mikäli mitoituksia ei noudateta.

Nyt esityksessä puhutaan pitkäaikaishoivasta, kuinka samassa yksikössä olevien palveluasumisen ja lyhytaikaisten asiakkaiden mitoitus huomioidaan?

Marjut Lehtinen

Ympäri vuorokautisen palvelujen päällikkö Marjut Lehtinen