



Tehy ry
PL 10
00060 TEHY

KANNANOTTO
18.5.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö
Kirjaamo,
PL 33, 00023 Valtioneuvosto
kirjaamo@stm.fi

Viite STM – Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017–2019

Asia Tehyn kannanotto laatusuositusluonnokseen

Tehyn näkemyksen mukaan on ensiarvoisen tärkeää turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Laatusuosituksen tulee osaltaan tukea ja edistää näitä tavoitteita.

Laatusuosituksen teema-alueet

Laatusuosituksessa yhdeksi keskeiseksi sisältöotsikoksi on nostettu: ”laadulla on tekijänsä”. Tehy pitää erittäin tärkeänä sitä, että henkilöstön merkitys hyvän laadun tuottajana on nostettu yhdeksi suosituksen keskeiseksi teema-alueeksi. Haluamme kuitenkin kiinnittää huomiota siihen, että henkilöstöä koskevissa teema-alueen suosituksissa on monta kohtaa, jotka tulevat heikentämään ikäihmisten palveluiden laatua ja henkilöstön hyvinvointia. Tehyn näkemyksen mukaan on eettisesti erittäin arveluttavaa, että ikäihmisten palveluissa tingitään osaamisesta ja koulutuksesta.

Teemat ovat hyvin laajoja ja näin ollen kattavat laajasti hyvän ikääntymisen edellyttämät kehittämisen painopistealueet. On hyvä asia, että laatusuosituksessa näkyvät iäkkään ihmisen toimintakyvyn näkökulma, kuntoutus ja esteettömyys.

Tehyn näkemyksen mukaan yhdeksi uudeksi teema-alueeksi tulee nostaa hoitotyön johtaminen ja lähiesimiestyö. Hoitotyön sisällön tuntevia hoitotyön johtajia ja esimiehiä tarvitaan kaikissa ikäihmisten hoidon yksiköissä. Hoitotyön johtajat ja esimiehet varmistavat henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden, hyvinvoinnin ja osaamisen kehittämisen ja sen kohdentamisen asiakkaiden palvelutarpeiden mukaisesti. Hoitotyön johtajia ja esimiehiä tarvitaan asiakaslähtöisten ja tuloksellisten ikäihmisten palveluiden kehittämisessä ja tuottamisessa. He vastaavat hoitohenkilöstön osaamisen kohdentamisesta asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi.

Tehyn ja Suun terveydenhoidon ammattiliitto STAL ry mukaan iäkkäiden henkilöiden suun terveys ja suun terveyden edistäminen on nostettava laatusuosituksen teemaksi. Suunterveys on olennainen osa ihmisen hyvinvointia ja osa laadukasta ikääntymistä. Purentaelimen toimintaan kuuluvat mm. puhuminen, hymyileminen, ruuan pureskelu ja nieleminen. Viimeaikaiset tutkimukset vanhenevasta väestöstä ovat osoittaneet, että aliravitsemus on yhteydessä hampaattomuuteen, suun kuivumiseen ja suun alueen erilaisiin kipuihin.

Ravitsemustilan huonontuessa myös kaatumisriski ikäihmisillä kasvaa. Vaikka ikääntyvät ihmiset pärjäävät yhä pidempään kotona, suun hoitamatta jättämisen vaara lisääntyy huomattavasti useista eri syistä. Laitoshoitoon siirryttäessä suun terveyden ylläpitäminen on ehdottomasti osa perushoitoa.

THL:n tekemän Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -selvityksen mukaan 55–64 -vuotiaista suomalaisista noin seitsemän prosenttia on hampaattomia ja 65–74-vuotiaista joka kuudes. 75 vuotta täyttäneistä miehistä hampaattomia oli vain 29 prosenttia ja naisista lähes puolet.

Hampaattomuus oli 11 vuoden aikana vähentynyt selvästi sekä naisten että miesten keskuudessa. THL:n selvityksen tulokset osoittavat, että hampaiden poistaminen on 2000-luvulla ollut erittäin harvinaista. Irrotettavia hammasproteeseja oli nyt selvästi vähemmän kuin 11 vuotta sitten ja iensairaudet ovat edelleenkin hyvin yleisiä.

Tehyn ja STAL ry:n mielestä suugeriatriasta osaamista tulee lisätä ja koko sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan osaamista suun terveydenhoidossa on parannettava. Tämä ei tule toteutumaan mikäli henkilöstön koulutustasoa alennetaan ja henkilöstömitoituksia niukennetaan laatusuosituksen mukaisesti.

Henkilöstöön liittyvät suositukset

Tehyn näkemyksen mukaan yhteensä 33,5 miljoonan euron säästöt vuosina 2018–2019 ollaan pääsääntöisesti kohdentamassa koulutettuun hoitohenkilöstöön. Kun henkilöstömitoitusta lasketaan ja henkilöstön koulutustasoa madalletaan, hoidon laatu tulee laskemaan ja potilasturvallisuus on vaarassa. Tehy näkemyksen mukaan kyse ei ole enää laatusuosituksesta, vaan säästösuosituksesta. Hallituksen edellyttämät säästöt tulee löytää muualta kuin ikäihmisten hoidon henkilöstömitoitusten ja koulutustason heikennyksistä.

Laatusuosituksen sivulla 14–15 lukee seuraavasti: ”Henkilöstömitoitukseen lasketaan mukaan asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat sairaan- ja terveydenhoitajat, geronomit, fysio- ja toimintaterapeutit, lähi- ja perushoitajat, sosiaalialan ohjaajat ja kasvattajat, sosionomi AMK:t, kotiavustajat ja kodinhoitajat, hoiva-avustajat, viriketoiminnan ohjaajat (& muut vastaavat asiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitoon osallistuvat ammattilaiset), toimintayksiköiden vastuuhenkilöt, kuten osastonhoitajat, seuraavin rajauksin:

- fysio- ja toimintaterapeutit sillä osuudella, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä
- toimintayksikön vastuuhenkilöt siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön
- hoito- ja laitosapulaiiset siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön; he eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä
- oppisopimuskoulutettavat, kun opinnoista on suoritettuna 2/3 ja muut sosiaali- ja terveysalan opiskelijat (jotka ovat työsuhteessa, ei työharjoittelussa), kun opintojen kautta on riittävästi hankittua osaamista alan tehtäviin



- hoiva-avustajat ja viriketoiminnan ohjaajat eivät voi olla yksin työvuorossa eivätkä vastata lääkityksistä.”

Sivulla 21 lukee puolestaan seuraavasti:

”Henkilöstörakennetta muutetaan siten, että lisätään hoiva-avustajien määrää henkilöstössä ja huomioidaan hoiva-avustajien koko työaika henkilöstömitoituksen laskemisessa. Myös hoito- ja hoiva-avustajat huomioidaan henkilöstömitoituksessa koko työaikansa osalta. Nämä muutokset kerryttävät säästöpotentiaalia, mikäli samaan aikaan henkilöstön määrä pysyy ennallaan.”

Sivujen 14 ja 21 suosituksissa on ristiriita. Sivulla 14 kirjoitetaan että hoito- ja laitospulaiset lasketaan mukaan henkilöstömitoitukseen vain siltä osin, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön. Mutta sivulla 21 on kirjoitettu että hoiva-avustajien ja hoitoapulaisten koko työaika huomioidaan henkilöstömitoituksessa.

Tehyn näkemyksen mukaan henkilöstömitoitukseen ei voi laskea mukaan aikaa, jolloin hoito- ja hoiva-apulaiset esimerkiksi siivoavat, lämmittävät ruokaa tai huoltavat pyykkiä. Henkilöstömitoitukseen ei voida laskea mukaan kuin vain se aika, jolloin työskennellään asiakkaan välittömässä hoitotyössä. Tämä kohta on korjattava laatusuosituksessa.

Sivulla 21 on seuraava kirjaus: ”*Jotta hoiva-avustajien määrää voidaan lisätä, hoiva-avustajien vuoden kestävä työllisyyskoulutus on aloitettava välittömästi sekä suomen- että ruotsinkielisenä (vastuuministeriö TEM).*”

Tehy ei hyväksy sitä, että ammattihenkilöiden työpanosta ikäihmisten hoidossa korvataan pikakoulutetuilla hoiva-avustajilla. Käytännössä laatusuosituksen kirjaus tulee tarkoittamaan sitä, että koulutettuja lähihoitajia tullaan korvaamaan hoiva-avustajilla, jotka eivät ole Valviran ammattihenkilörekisterissä ja joilla ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon tutkintoa. Koulutetun hoitohenkilöstön korvaaminen hoiva-avustajilla säästösyistä laskee hoidon laatua ja vaarantaa potilasturvallisuuden. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt kuormittuvat, kun heidän pitää perehdyttää, ohjata ja seurata hoiva-avustajien työtä.

Hoiva-avustajat eivät ole terveydenhuollon ammattihenkilörekisterissä. Tämä on ongelmallista valvontaviranomaisten näkökulmasta. Myös hoiva-avustajien oma oikeusturva on määrittelemättä. Ei ole selkeästi määritelty sitä, kuka kantaa vastuun jos riittämätön koulutus aiheuttaa hoitovirheitä ja vakavia vaaratilanteita. Tehyn näkemyksen mukaan hoiva-avustajakoulutusta ei voida käyttää säästökeinona ikäihmisten hoidossa ja samalla keinona ratkaista esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien, maahanmuuttajien tai työkykynsä menettäneiden työllistymistä.

Sivulla 14 on seuraava kirjaus: ”*turvallisen lääkehoidon toteutus – vähintään lääkehoitokoulutuksen saaneen lähihoitajan on oltava vastuussa yksikön lääkehoidosta työvuorossa*”. Tässä kirjauksessa ei ole otettu huomioon sairaanhoitajien vastuuta lääkehoidon toteutuksen kokonaisuudesta. Valviran mukaan ”sairanhoitajat vastaavat toimintayksiköidensä lääkehoidon toteuttamisen kokonaisuudesta ja siten kantavat erityistä



vastuuta siitä, että lääkehoito on potilaille turvallista.” Jos laatusuosituksen kirjaus jätetään ennalleen, käytännössä se tulee johtamaan siihen, että sairaanhoitajien määrää tullaan vähentämään tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tehyn näkemyksen mukaan laatusuositukseen on kirjattava se, että sairaanhoitaja vastaa yksikön lääkehoidon kokonaisuudesta.

Lisäksi laatusuositukseen on kirjattava, että asiakkaiden lääkehoidon tarpeen tulee määrittää se, millä koulutuksella on mahdollista kantaa vastuu yksikön lääkehoidosta työvuorossa. Valviran internet-sivuillaan julkaiseman linjauksen mukaan lähihoitajat eivät voi toteuttaa iv-lääkehoitoa eivätkä voi toteuttaa lääkehoitoa erityisantoreittejä pitkin (kuten kipupumppu). Esimerkiksi saattohoitopotilailla hyvä oireenmukainen hoito ja tehokas kipulääkitys ovat keskeisiä. Jos saattohoitopotilas tarvitsee opiaattikipulääkityksen suonen kautta tai erityisantoreittia pitkin (kipupumppu), työvuorossa on oltava sairaanhoitaja, jolla on kirjallinen lääkehoitolupa. Iäkkäät asiakkaat voivat tarvita iv-antibioottihoitoa akuutin infektion, kuten keuhkokuumeen hoidossa. Jos yksikössä on riittävästi sairaanhoitajia, asiakas on mahdollista hoitaa ilman siirtoa esimerkiksi sairaalan osastolle. Tämä on kustannustehokasta terveydenhuollon näkökulmasta ja inhimillistä asiakkaan hyvän hoidon näkökulmasta.

Laatusuosituksen ehdotuksen mukaan viriketoiminnan ohjaajat lasketaan jatkossa henkilöstömitoitukseen. Viriketoiminnan ohjaajana (joka ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon tutkinto/nimike) voi toimia esimerkiksi ohjaustoiminnan artemomi (AMK). Ohjaustoiminnan artemomi on korkeakoulutuksen saanut ohjaustyön ammattilainen, joka hallitsee kulttuuristen menetelmien ohjaamisen, suunnittelun, kehittämisen ja johtamisen. Tehyn näkemyksen mukaan tällainen koulutus ei anna valmiuksia tunnistaa muutoksia iäkkään asiakkaan tilassa, seurata lääkehoidon vaikutuksia, huolehtia hauraan ja monisairaana asiakkaan perustarpeista (nesteytys, erityis, ravitsemus ym.) tai toteuttaa laadukasta saattohoitoa. Tehyn näkemyksen mukaan viriketoiminnan ohjaajia ei voi jatkossakaan laskea mukaan henkilöstömitoitukseen, mikäli viriketoiminnan ohjaajalla on muu kuin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkinto.

Suosituksessa 2 (sivu 15) on mainittu että fysio- ja toimintaterapeutit lasketaan henkilöstömitoitukseen siltä osuudelta, kun he osallistuvat välittömään asiakastyöhön toimintayksikössä. Tähän suosituksen kohtaan on lisättävä, että nämä ammattiryhmät eivät voi toimia yksin työvuorossa eivätkä olla vastuussa yksikön lääkehoidosta työvuorossa. Tehyyn on tullut yhteydenottoja, joiden mukaan fysioterapeutti on joutunut olemaan yksin työvuorossa ja vastaamaan lääkityksestä ikäihmisten hoidossa.

Tehy ei hyväksy sitä, että yksityisiltä ja julkisilta palveluntuottajilta valvontaviranomaisen edellyttämä erillinen 0.1 tukipalveluhenkilöstömitoitusta vaade poistetaan. Käytännössä tämä tulee tarkoittamaan sitä, ammattihenkilöt kiireisen ja vaativan hoitotyön lisäksi vielä työvuoroissa pesevät pyykkejä, siivoavat tiloja ja laittavat ruokaa. Tehyyn on tullut viestejä, jonka mukaan esimerkiksi noro-virusepidemian aikana hoitajat huolehtivat potilaan perushygieniasta (esim. vaihtavat ripulivaipan) ja sitten joutuvat suoraan siirtymään



keittiötiloihin laittamaan tai lämmittämään ruokaa. Vaikka hoitaja kuinka huolellisesti pesisi kätensä, niin esimerkiksi työasun mukana keittiöön voi kulkeutua mikrobeja, jotka sitten ruuan kautta sairastuttavat asiakkaita. Tukipalveluhenkilöstöä tarvitaan riittävä määrä, jotta hoitajat voivat keskittyä perustehtäväänsä eli potilaiden hoitotyöhön.

Nyt voimassa olevassa laatusuosituksessa (2013) on kirjattu terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoidossa henkilöstömitoitusminimiksi 0,6-0,7 työntekijää asiakasta kohden. Tämä suositus puuttuu nyt uudesta laatusuositusehdotuksesta. Tehyn näkemyksen mukaan terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon henkilöstömitoitusminimi on oltava uudessa laatusuosituksessa, vaikka ikäihmisten määrä vanhainkodeissa tai terveyskeskusten pitkäaikaishoidossa on laskenut matalalle tasolle viimeisten vuosien aikana (2,1% vuonna 2015).

Huhtikuussa 2017 julkaistun THL:n vanhuspalvelujen tuottajakohtaisen seurantatutkimuksen mukaan kotihoidon henkilöstöä on vähennetty, vaikka samaan aikaan asiakasmäärät ovat kasvaneet. Kotihoidossa oli seurantaviikolla päivittäin keskimäärin 3000 asiakasta enemmän kuin 2015. Kotihoidon työntekijöiden määrä oli silti vähentynyt yli 400 henkilöllä. Laatusuosituksen mukaan koti- ja tehostetun palveluasumisen henkilöstön välitöntä asiakasaikaa on lisättävä toimintatapoja uudistamalla. Toimintatapojen uudistaminen on tärkeää, mutta se ei pelkästään riitä hyvän hoidon turvaamiseksi kotihoidossa. Tarvitaan riittävästi henkilöstöä, jotta asiakkaille voidaan taata laadukas hoito. Kun asiakasmäärä kasvaa kotihoidossa, tarvitaan myös lisää henkilöstöä. Henkilöstöä on oltava riittävästi siten, että asiakkaille on riittävästi aikaa heidän tarpeisiin vastaamiseksi ja hoitajat eivät jatkuvasti vaihdu. Iäkkäiden ihmisten kodin muutostöihin on myös panostettava osaamista ja taloudellisia resursseja, jotta kotona asuminen on turvallista ja mahdollista.

Teema-alueessa 2, ”*Asiakas- ja palveluohjaus keskiöön*”, tulee esittää selkeä määritelmä siitä, mitä asiakas- ja palveluohjauksella tarkoitetaan tässä laatusuosituksessa. Nyt teksti on vaikeaselkoinen ja siitä on vaikea saada selkeää kuvaa mitä asiakas- ja palveluohjauksella tarkoitetaan ja tavoitellaan.

Suosituksessa ei ole myöskään kuvattu sitä, millainen koulutus palveluohjaajalla on oltava ja millaista osaamista palveluohjauksessa tarvitaan. Asiakasryhminä asiakas- ja palveluohjauksessa mainitaan erityisesti muisti- ja monisairaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat, vammaiset iäkkäät sekä sotaveteraanit. Palvelutarpeen arviointi vaatii paljon osaamista, jota on esimerkiksi ammattikorkeakoulussa asiakasvastaavakoulutuksen (30 op.) suorittaneilla sairaanhoitajilla, terveydenhoitajilla, sosiaalityöntekijöillä ja toimintaterapeuteilla. Asiakasvastaavien rooli on nostettava laatusuosituksessa esille, jotta heidän roolinsa tulee tunnetuksi ja heidän osaamistaan osataan paremmin jatkossa hyödyntää. Silloin kun asiakas on monisairas ja tarvitsee paljon lääkitystä ja palveluita, asiakas on ohjattava palvelutarpeen arvioinnissa terveydenhuollon palveluihin.



Tehyn näkemyksen mukaan keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen monialaisen toiminnan onnistumiseksi on näissä palveluissa taattava riittävä kuntoutusalan osaaminen. Hoito-, palvelu- ja tai kuntoutussuunnitelman laadintaan tarvitaan aina myös kuntoutusalan osaajia. Asiakas- ja palveluohjauksessa tarvitaan myös gerontologisen sosiaalityön sekä ehkäisevän päihde- ja mielenterveystyön asiantuntemusta.

Tehyn näkemyksen mukaan apuvälineiden merkitystä iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn tukemiseksi ja parantamiseksi sekä kaatumisten ehkäisemiseksi ja turvallisuuden lisäämiseksi tulee suosituksessa korostaa. Apuvälineet ja niihin liittyvät palvelut tulisi mainita ainakin suosituksessa ”*Ikäystävällinen palvelujen rakenne yhdistää asumisen ja palvelut uudella tavalla*” kohdassa (s. 16) ”Eryteisesti on kehitettävä” – kuntoutusta *mukaan lukien apuvälinepalvelut*. Myös suosituksessa ”*Teknologiasta kaikki irti!*” tulisi huomioida perinteisten apuvälineiden hyödyt iäkkäiden kotona asumisen tukemiseksi ja turvallisuuden lisäämiseksi uuden teknologian ja robotiikan rinnalla. Tässä suosituksessa tulisi korostaa myös, että pelkkä teknologia ei riitä vaan sen käytön osaamisesta (yksilöllinen tarpeen arviointi, teknologian valinta, käytön opetus, seuranta sekä huolto ja korjaus) on huolehdittava. Tarpeen arvioinnissa on erityisesti huomioitava iäkkäiden henkilöiden yksilölliset lähtökohdat, kyvyt ja halut käyttää teknologiaa tai olla käyttämättä. Myös teknologiaan liittyvien palveluiden toimivuudesta on huolehdittava. Esimerkiksi turvarannekkeesta ei ole hyötyä, jos sillä hälytettävä palvelu ei toteudu oikea-aikaisesti.

Sivulla 20 on mainittu arvio siitä, että noin 20% sairaanhoitajien ja lähihoitajien työtehtävistä pystyttäisiin korvaamaan muutaman vuoden kuluessa jo olemassa olevilla robotiikan ja automatiikan sovellutuksilla. Tämä voi olla positiivinen arvio tehostetun palveluasumisen ja kotihoidon osalta. EVA:n (2016) raportin mukaan käytettävissä oleva robotiikka soveltuu potilaiden ja tarvikkeiden kuljettamiseen, lääkkeiden annosteluun ja jakeluun sekä potilaiden elintoimintojen seurantatietojen tallentamiseen. Annoslääkejakelu ja lääkerobotit vapauttavat hoitajien työaikaa, kun ne otetaan tehokkaasti käyttöön. Myös elintoimintojen seurantaa voidaan siirtää koneille ja roboteille. Tehostetussa palveluasumisessa on kuitenkin tärkeää myös inhimillinen ihmiskontakti ja se että hoitajalla on aikaa vastata asiakkaan tarpeisiin. Tätä osaa työstä ei voi robotiikalla korvata.

Sivulla 26 on määritelty käsitteet: ”välitön asiakasaika” ja ”välillinen asiakasaika”. Laatusuosituksen tekstissä käytetään kuitenkin käsitettä välitön/välillinen asiakastyö (eikä aika). Nämä käsitteet on täsmennettävä ja niitä on käytettävä systemaattisesti laatusuosituksessa.

Laatusuosituksen voimassaoloaika

Tehy haluaa kiinnittää huomiota siihen, että laatusuosituksessa esitetyillä säästötoimenpiteillä on kauaskantoisia vaikutuksia ikäihmisten palveluiden laatuun. Esimerkiksi laatusuosituksessa esitetty hoiva-avustajien määrän lisääminen ja tukipalveluhenkilöstömitoitusta poistaminen tulevat vaikuttamaan heikentävästi hoidon laatuun vielä vuoden 2019 jälkeenkin. Tämä on tuotava laatusuosituksessa selkeästi

esille. Henkilöstörakennetta ei voi muuttaa ikäihmisten hoidossa nopeasti. On pidempikestoinen prosessi, mikäli henkilöstörakennetta joudutaan taas muuttamaan esim. koulutustasoa takaisin nostamalla.

Toimintatapoja ollaan parhaillaan uudistamassa Ikäihmisten hoidon ja kaikenikäisten omaishoidon kärkihankkeessa vuosina 2016–2018. Näin ollen voi olla epärealistista odottaa, että nämä toimintamallit onnistutaan viemään käytäntöön jo vuoden 2019 aikana, samaan aikaan kun sote-uudistuksen vuoksi palvelurakenteessa on iso myllerrys käynnissä.

Kustannusvaikutusten arviointi

Tehyn näkemyksen mukaan odotetut kustannusvaikutuksen eivät ole realistisia. Se, että henkilöstömitoitusta lasketaan ja koulutustasoa madalletaan, tulee kyllä laskemaan ikäihmisten hoidon kustannuksia. Mutta samalla tehdään se arvovalinta yhteiskunnassamme, että ikäihmisten palveluiden laatua tullaan laskemaan. Tällaiset säästöt voivat myös tulla kalliiksi hoitovirheiden ja henkilöstön uupumisen kautta.

Säästöpotentiaalia on arvioitu tulevan myös siitä, että lähiesimiesten pitää puuttua nykyistä jämäkämmin varsinkin lyhytaikaisiin sairauslomiin varhaisen välittämisen mallien kautta. Tämä kuitenkin edellyttää, että lähiesimiehiä on jokaisessa yksikössä läsnä ja lähiesimiehillä on realistiset mahdollisuudet puuttua esimerkiksi työkuormitukseen. Tehyn näkemyksen mukaan voi olla realistista että varsinkin pitkien sairauslomien määrä kasvaa, kun henkilöstö kuormittuu entisestään henkilöstömitoitusten niukkenemisen ja koulutustason laskun myötä. Tämä tulisi tuoda esille laatusuosituksessa näkökulmana, kun säästöjä arvioidaan.

Huomioita seurantaindikaattoreista

Sivulla 27 esitetyt seurantaindikaattorit ovat perusteltuja, koska niistä on kerätty systemaattisesti tietoa vuodesta 2000 alkaen.

Sivulla 28 yhdeksi indikaattoriksi on nostettu yhteydenotot asiakas- ja palveluohjaukseen lukumäärä ja osuus +75 täyttäneistä. Tähän indikaattoriin täytyy esimerkiksi THL:n toimesta kehittää uudenlainen tiedonkeruutapa, joka mahdollistaa kansallisen, vertailukelpoisen tiedon keräämisen.

Sivulla 29 indikaattoriksi on nostettu henkilöstön hyvinvointi: fyysinen ja psyykkinen, kokemus oikeudenmukaisesta johtamisesta ja työn vaatimusten ja hallinnan tasapaino. Näistä toteutetaan erillistiedonkeruu. Tiedonkeruussa on käytettävä validoituja ja suomen järjestelmään sopivia mittareita, ja tiedon keruu on toistettava riittävin aika-ajoin. Sähköisten kyselyiden, joiden ongelma on matala vastausprosentti, on käytettävä vaihtoehtoisena vastustapana myös paperisia lomakkeita. Kun henkilöstön vaihtuvuutta selvitetään, pitää tutkia sekä organisaatiosta toiseen vaihtamista että alalta lähtemistä jotta saadaan kattava kuva tästä ilmiöstä.

Sivulla 30 ”Teknologiasta kaikki irti ” – indikaattorit. Ensimmäisessä ja toisessa puhutaan toimintayksiköiden asiakkaista. On vaikea hahmottaa, että mitä tämä tarkoittaa kotona asuvien iäkkäiden osalta. Kotihoidon toimintayksikkö / osuus toimintayksiköistä? Entä miten kaksi viimeistä lääkehoidon tarkistukseen liittyvää indikaattoria liittyy teknologia – indikaattoriin? Lääkehoidon kokonaistarkistuksessa tarvitaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamista.

Muita huomioita

Tehyn ja Suomen Bioanalytikkoliitto ry:n mukaan on tärkeää, että kotihoidossa kiinnitetään huomiota potilaan vierellä tehtäviin diagnostisiin testeihin siten, että näytteitä ottava henkilökunta on perehdytetty hyvin laboratorion toimesta sekä näytteenottoon että mahdollisten vierianalytiikkalaitteiden käyttöön (esim. verensokeri, INR). Näin myös silloin, jos potilas/asiakas tekee näitä testejä itse, jolloin tulee huolehtia laitteiden huollosta ja tulostason jatkuvasta seurannasta.

Laatusuosituksen teksti on monin paikoin hyvin kuvailevaa ja siitä puuttuu konkreettiset kehittämis ehdotukset. Esimerkkinä tästä voidaan nostaa sivu 8, jossa varsinkin toisessa kappaleessa on kehäpäätelmiä ja siitä puuttuu sekä konkreettisuus että toimijat: ”Kyse on laajasti hyvän elämän edistämisestä eli hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja toimivan arjen turvaamisesta. Siihen tuovat parannuksia hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palveluiden laadun parantaminen.”

Laatusuosituksen sivulla 20 on mainittu käsite ”kinestesiologia” uutena hyväksi havaittuna toimintamallina. Tarkoitetaanko käsitteellä suomen kielessä käytettyä kinestetiikkaa? Tehyn näkemyksen mukaan suosituksessa tulisi suositella vain yleisesti terveydenhuollossa käytössä olevia ja vahvaan tutkimusnäyttöön perustuvia menetelmiä. Ymmärryksemme mukaan kinestetiikka ei (ainakaan vielä) täytä näitä kriteereitä suomalaisessa toimintaympäristössä.

Tehyn näkemykset laatusuositusluonnoksesta on valmisteltu yhteistyössä Suomen terveydenhoidon ammattiliitto STAL ry:n, Suomen Bioanalytikkoliitto ry:n ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n kanssa.

Helsingissä 18.5.2017



Rauno Vesivalo
Puheenjohtaja
Tehy ry



Kirsi Sillanpää
Johtaja
Tehy ry

Lisätietoja:
Mervi Flinkman,
Työvoimapolitiittinen asiantuntija, Tehy ry
0400-968324