

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

Lausuntopyyntönumero: STM070:00/2019

Vastaako esitysluonnoksessa ehdotettu määrittely mitoitukseen laskettavista henkilöstöryhmistä asiakkaiden ja toiminnan tarpeita?

Mitoitukseen laskettavat henkilöstöryhmät ovat oikeat vain silloin, kun jokainen voi tehdä koulutustaan ja osaamistaan vastaava työtä asiakkaan hyväksi. Osittainen esimiesten työpanoksen laskeminen mitoitukseen on järkevää vain, jos esimiehen on todellisuudessa mahdollisuus osallistua hoitotyöhön. Esimiesten tulisi kuitenkin keskittyä esimiestyöhön ja johtamiseen. Sairaanhoidtajien jaksamiskyselyn (2018) mukaan juuri näissä ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä sairaanhoitajan koulutuksella toimiville sairaanhoitajaesimiehille on erittäin kuormittavaa se, että heidän pitäisi vastata samaan aikaan asiakastyöstä ja vaativasta lähiesimiestyöstä. Miehistysten ollessa niukat, esimiestyö jää tekemättä ja tämä näkyy kyselyn vastauksissa vuorostaan johtamisen puutteena ja heikkoutena ja johtaa työpahoinvointiin ja työntekijöiden nopeaan vaihtumistahtiin. Esimiestyö on oma ammattinsa, joka vaatii koulutusta ja osaamista mutta myös aikaa. Tällaisilla työpaikoilla esimiesten työ jää helposti työvuorolistojen tekoon ja ”tulipalojen sammuttamiseen” ja varsinainen toiminnan ja henkilöstön johtaminen ja palvelun kehittäminen jää tekemättä. Tämä näkyy puolestaan sairaanhoidtajien palautteissa johtamisen puutteena ja työilmapiiriiongelmina.

Koska koulutettu ammattihoitohenkilöstö on koulutettu vastaamaan hoidollisista palveluista, on hoitohenkilöstön työn, asiakkaiden ja talouden kannalta mielekästä kohdentaa hoitohenkilöstön työ hoitotyöhön. Koska kaikissa toimintayksiköissä ei kanneta vastuuta omavalvonnasta ja palvelun laadusta Sairaanhoidtajaliitto näkee tärkeäksi määrittellä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja erityisesti sairaanhoidtajien ja lääkäreiden osuutta tarkemmin mitoituksessa ja henkilöstörakenteessa. Terveyden- ja sairaanhoidon ohella suurin osa asiakkaiden tarvitsemasta avusta on apua normaalissa arjessa selviytymiseen. Tätä normaalista arjesta annettavaa hoivaa voivat suorittaa puolestaan ne, jotka ovat siihen osaamisen alueeseen koulutetut. Erityisen huolestuneita Sairaanhoidtajaliitossa ollaan sairaanhoidtajien palautteesta kentältä siitä, että lääkehoito jää lääkeluvottomien ja kouluttamattomien henkilöiden vastuulle. Tämä mahdollistuu, koska työnantaja voi kiertää koulutuksen ja lääkeluvat allekirjoittamallaan pikaluvulla. Voiko todella työpaikkakoulutettu hoiva-avustaja huolehtia asiakkaiden lääkehoidosta? Lääkehoidon toteuttamiseen riittää työnantajan järjestämä lääkekoulutus ja osaamisen varmistaminen, mitä kukaan ei valvo.

Jokaisella tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon piirissä samoin kuin kotihoidossa olevalle ikäihmiselle tulisi olla nimetty oma sairaanhoitaja ja lääkäri, jotka tuntevat asiakkaan ja hänen tilanteensa ja hoidon tarpeensa. Oma sairaanhoitaja vastaa asiakkaan kokonaisuhoiton ja lääkehoidon koordinoinnista, suunnittelusta, toteutuksen ohjeistuksesta ja arvioinnista yhdessä lääkärin kanssa. Sairaanhoitaja tulisi olla saatavilla myös viikonloppuisin. Näin välttyttäisiin turhilta päivystyskäynneiltä ja voitaisiin puuttua ajoissa asiakkaiden mahdollisiin voimien ja terveydentilan muutoksiin.

Myös lääkäriresurssit näissä toimintayksiköissä ovat sairaanhoidtajien (Sairaanhoidtajien jaksamiskysely 2018) mukaan liian niukat ja jäävät usein jopa pelkän puhelinkonsultaation varaan.

Tällöin vastuu jää pitkälti sairaanhoitajille tai, jos toimintayksiköissä ei ole sairaanhoitajiakaan jää asiakkaan hoitovastuu edelleen lähihoitajille tai kouluttamattoman henkilöstön varaan. Tällaisen toiminnan seurauksista olemme saaneet lukea viimeisen vuoden aikana runsaasti esimerkkejä mediasta.

Esitysluonnoksen määrittely jättää mahdollisuuden olla noudattamatta mitoitusta ja laadukkaan hoidon mahdollistavaa henkilöstörakennetta. Jos vastuuta palvelun laadun mahdollistavasta henkilöstörakenteesta ja mitoituksista ei löydy kaikista palveluita tarjoavista toimintayksiköistä, antaa ehdotettu määrittely mahdollisuuden kiertää esitysluonnoksen hyvät tavoitteet aina vuoteen 2023 asti. Jos ikäihmisten hoito halutaan toteuttaa vain halvimmalla mahdollisella tavalla (ei ole sama kuin tehokkaalla, laadukkaalla ja tuottavalla tavalla), antaa esitysluonnos mahdollisuuden siihen, että henkilöstörakenne ja 0,7 työntekijän mitoituksen vaatima henkilöstömäärä voi koostua halvimmasta mahdollisesta työvoimasta välittämättä osaamisen tasosta ja asiakkaiden palveluntarpeista.

Mitoitus tulisi olla sidottu asiakkaiden hoitoisuuteen. Kun RAI-mittari saadaan valtakunnalliseen käyttöön ja toimintaan, tulisi hoitoyksiköiden henkilöstömäärät määrittää todellisen tarpeen mukaan. Nyt esitysluonnoksessa todetaan, että 0,7 mitoitus voidaan alittaa, mikäli asiakkaiden laadukas hoito voidaan silti toteuttaa. Samalla tässä viestitään, että laadukas hoito onkin toteutettavissa alhaisemmalla mitoituksella. Tätä ei pystytä todentamaan eikä valvomaan ellei RAI-mittari ole kaikkien tällaisten yksiköiden käytössä, myös yksityisten palvelun tuottajien. Onko realistista olettaa, että voisi olla tilanne, että asiakkaat olisivatkin niin hyväkuntoisia, että 0,7 miehitys olisi liiallinen? Onko tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon ehtona tietyt RAI-pisteet vai miten määritellään nyt ja tulevaisuudessa se, milloin asiakas ei enää pärjää kotona? Viesti sairaanhoitajilta on, että kriteerit tehostettuun palveluasumiseen ovat liian korkeat, minkä takia kotihoidossa on aivan liian huonokuntoisia ja monisairaita ihmisiä. Jos ja kun lakiluonnoksen oletus on, että 0,7 mitoitus tarvitaan turvaamaan ikäihmisten hoitoa ja hoivaa, on mitoituksen toteuttamatta jättäminen todellinen riski. Toteuttamatta jättäminen vastaa samaa kuin sanottaisiin, että lentokone voi nousta ilmaan ilman ohjaamon kapteenia, mikäli perämies voi turvallisesti yksin lentää koneen määränpäähensä. Riittävä miehitys on vasta turvallisuuden mahdollistaja. Sen lisäksi henkilöstön on oltava osajia. Eri asia on sitten henkilöstön saatavuus. Henkilöstön riittävyuden ensimmäinen perusehto on määritellä oikea henkilöstörakenne ja -vahvuus ja vaikuttaa henkilöstön pysyvyyteen. Henkilöstön pitovoimaan vaikuttavat tekijät ovat työnantajien ja työyhteisöjen käsissä, jos henkilöstörakenne- ja henkilöstömitoitus ovat kohdillaan.

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?

Sairaanhoitajaliitto kannattaa välillisten tukipalveluiden eriyttämistä hoitotyöstä. Tukipalvelutyön erottaminen välittömästä asiakastyöstä voi osoittautua haasteelliseksi ellei sitä määritellä tarkemmin. Sairaanhoitajien palaute kentältä (Sairaanhoitajien jaksamiskysely 2018) on, että nykyisellään aikaa ei tahdo riittää hoitotehtävien suorittamiseen kaikelta muulta kodinhoidollisilta tehtäviltä. Tämä syö sairaanhoitajien motivaatiota ja lisää halua siirtyä sairaalatyöhön tai jopa kokonaan alalta pois. Myös sairaanhoitajien ja lähihoitajien ja hoiva-avustajien työnkuvat tulee selkiyttää.

Lisäksi sairaanhoitajan työssään voidaan erotella välillinen ja välitön hoitotyö, mutta se on eri asia kuin lakiluonnoksen tarkoittama välillinen ja välitön asiakastyö. Välittömän ja välillisen asiakastyön ero pelkkien eri ammattien luettelolla jää laajaksi ja epäselväksi. Kodinhoitajien työkin luetaan tässä välittömään asiakastyöhön kuten sairaanhoitajan työ. Sairaanhoitajan näkökulmasta ruoan laitto, tiskaus, siivous, pyykinpesu jne. ovat kodinhoitajan työtä, mutta eivät sairaanhoitajan työtä. Tehtävien erottelu olisi selkeämpää tehdä niin, että sairaanhoidolliset tehtävät eroteltaisiin

normaalin arjen selviytymisen hoiva- ja tukipalveluista. Toisaalta laadun kannalta merkityksellistä on lisätä sairaanhoitajien osuutta (laskelma, ”olettaen, että 88 % heistä olisi lähihoitajia ja 12 % sairaanhoitajia” (luonnos s.30), koska sairaanhoitajia tarvitaan käytännön vastaamaan asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja toimintakyvyn ylläpitämisestä sekä potilasturvallisuudesta ja hoivan/hoidon laadusta. Laadulle tarvitaan erillinen mittari tai erilliset mittarit.

Alueellisen osaamisen hyödyntäminen on tärkeää, koska ei ole tarkoituksenmukaista kaikkien hankkia omaa erityisosaamista. Erityisosaamista voidaan yhdistää esimerkiksi kotisairaaloiminnan kanssa (esim. iv-saattohoitopotilaita ajatellen) tai laaja-alaisen terapiaosaamisen kanssa (fysio-, jalka-, ravitsemusterapeutit jne.).

Tukipalvelutyö (talonmies, keittäjä, pesulapalvelut...) on tarpeen erotella ihan erikseen hoidosta ja hoivasta ja varata sille oma resurssinsa. Jos aletaan pilkkoa saman henkilön tekemää välitöntä ja välillistä työtä, se lisää tehtäväkeskeistä työskentelyä, mikä ei ole hyvä asia kenenkään kannalta. Myös sillä on iso merkitys mitoitukselle ja laadulle, onko tukipalvelutyö omaa toimintaa vai ostopalvelua. Oma vakihenkilökunta (esim. keittäjä, talonmies) tuntee asiakkaat ja asiakkaat tuntevat oman henkilökunnan, millä on merkitystä asiakkaan turvallisuudentunteelle.

Kertooko esitysluonnoksessa ehdotettu tapa laskea mitoitus luotettavalla tavalla mitoituksen toteutumisesta?

Tarvittava henkilöstömäärä tulee mitoituksessa laskea todellisten työtuntien mukaan. Usein ”säästetään” jättämällä huomiotta esimerkiksi arkipyhät ja tiedossa olevat lakisääteiset poissaolot ja tilastollisesti tiedossa olevat poissaolot (esim. sairauslomat). Kuitenkin asiakkaat tarvitsevat hoitoa ja hoivaa myös arkipyisin ja silloinkin, kun henkilöstöllä on poissaolonsa. Sairaanhoitajien jaksamiskyselyssä (2018) nousee selkeä viesti, että henkilöstöhallinnon tulisi olla paljon nykyistä suunnitelmallisempaa lyhytjänteisyyden sijaan. Sijaisten pitkäntähtäimen suunnitelmallinen käyttö antaa vakautta henkilöstöjohtamiseen. Jos tätä vakautta ei ole, menee esimiesten aika sijaisten haalimiseen. Samalla henkilöstö kokee epävarmuutta, mikä puolestaan lisää halua vaihtaa työpaikkaa ja alaa.

Mitotuslaskennassa arkipyhien huomiotta jättäminen pienentää kyseisten työvuorolistojen vahvuudet jopa toteuttamiskelvottomiksi. Niukkaa listaa ja miehitystä paikkaillaan (kouluttamattomallakin) keikkatyövoimalla, joka loppujen lopuksi ei ole laadun, tehokkuuden, turvallisuuden kannalta hyväksi ja kuormittaa entisestään vakihenkilöstöä.

Onko esitysluonnoksessa ehdotettu tapa laskea mitoitus mielestänne käytännössä toimiva?

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

Lähtötilanne on niin heterogeeninen, että siirtymäaika tarvitaan enemmän kuin kolme vuotta. Toteutus edellyttää lisää henkilökuntaa (koulutus, alalle motivointi, brändi / imago, palkkaus) ja luotettavat mittarit (RAI; toimintakyky ja laatumittarit), joiden täytyy olla yhtenevät koko valtakunnassa ja hankinnat, koulutus ja kustannusten jako tulee olla sovittuna. Käytännössä lain voimaan astumisesta siirtymäajan loppumiseen tarvitaan hetkellisesti opiskelupaikkojen voimakasta lisäystä. Toiveet siitä, että lisääntyvä henkilöstöresurssi ja sen myötä nykyistä paremmat työolot takaisivat hoitajien paluun muilta aloilta takaisin hoitotyöhön ovat ylimitoitettuja ilman palkkatason merkittävää muutosta.

Siirtymäajan liiallinenkaan pitkittäminenkään ei välttämättä auta, jos valmisteluja siirretään siihen asti, kun on pakko. Riski on suuri siihen, että nyt odotetaan vuotta 2023 tekemättä mitään. Siirtymään tulisi kannustaa vaiheittain.

Miten riittävä henkilöstön saatavuus voidaan turvata?

Suomessa koulutetaan terveydenhuoltohenkilökuntaa ulkomaille ja ponnahduslaudaksi muihin ammatteihin. Koulutusmäärien nosto ei pelkästään riitä, jos työvoimasta koko ajan vuotaa nuoria ja parhaassa työiässä olevia pois. Työpaikoilla tulisi viimeistään nyt herätä siihen, että työntekijöitä arvostetaan ja heidät halutaan pitää työssä. On ristiriitaista, että samaan aikaan käydään YT-neuvotteluja ja kärsitään henkilöstöpulasta. Tämä kertoo lyhytnäköisestä rahajohtamisesta. Vakaa, pysyvä, osaava, motivoitunut ja täydennyskoulutettu, hyvin johdettu henkilökunta on varmasti tuottavampaa ja tehokkaampaa kaikilla tavoin, kun lyhyissä työsuhteissa vaihtuva, osaamaton, pahoinvoiva henkilökunta. Henkilöstöjohtamista määrittelee nykyisin suurimmaksi osaksi vain raha. Sairaanhoidajien jaksamiskyselyssä 2018 tulee esiin samansuuntaiset muutokset kuin esitysluonnoksessa kuvataan.

Sairaanhoidajat kuvaavat, että sairaanhoidajien osuutta on vähennetty säästösyistä vähentäen samalla osaamista ikäihmisten palvelusta. Samoin tulee esiin se, että sairaanhoidajille ei suunnitella viikonloppuvuoroja. Tämä aiheuttaa sen, että sairaanhoidajat jäävät pelkälle tehtäväkohtaiselle palkalle lähihoitajien nostaessa viikonloppulisät. Näin lähihoitajat tienavat enemmän kuin sairaanhoidajat kun muutoinkin lähihoitajien palkka on lähes samansuuruinen kuin sairaanhoidajien palkka. Tämä ei houkuttele sairaanhoidajia töihin, koska pelkällä tehtäväkohtaisella sairaanhoidajan palkalla on vaikeuksia enää tulla toimeen esimerkiksi pääkaupunkiseudulla.

Sairaanhoidajien lisäkouluttaminen ei auta, jos alalta poistuu työvoimaa nykyiseen tahtiin. Sairaanhoidajaliiton teettämässä opiskelijakyselyssä (N=445) 25 % vastaajista kertoo jo opiskeluvaiheessa harkitsevansa alan vaihtamista tai vaihtavansa alaa valmistuttuaan. Opiskelijoiden vastaukset kertovat karua kieltä nykyisen työelämän ja opiskelun yhteensovittamisesta. Harjoittelupaikkojen saaminen on vaikeaa, ohjausosaamisessa on toivomisen varaa ja kiire työpaikoilla stressaa sekä työntekijöitä sekä heikentää ohjauksen laatua. Ohjauksen toivottaisiin olevan suunnitelmallisempaa. Vastaajista 64% kertoo kohdanneensa epäasiallista käytöstä harjoittelussaan.

Sairaanhoidajat (Jaksamiskysely 2018) listasivat tärkeimmiksi korjattaviksi asioiksi.

- 1) Matalan palkan, joka merkitsee sairaanhoidajille matalaa arvostusta. Samantasoisien miesvaltaisen alana tehtäväkohtainen palkka on satoja euroja korkeampi. Myöskin palkkakehityksen puute ajaa pois alalta, koska ei ole kannustavaa olla osaava, kouluttautunut, vastuuta kantava sairaanhoidaja, koska siitä ei makseta mitään.
- 2) Olemassa oleva resurssivaje ja riittämätön henkilöstömitoitus työmäärään nähden lisää kuormitusta ja ajaa vaihtamaan työtä ja alaa. Olemassa olevien henkilöstöresurssien johtaminen ja suunnitelmallisuus ontuvat ja ajavat kohti pahenevaa henkilöstöpulaa. Huonoilla työoloilla ajetaan loputkin pois. On eettisesti kuormittavaa hoitaa huonosti. Kuormitusmittarit tulisi ottaa laajasti käyttöön.
- 3) Sairaanhoidajakoulutus ja täydennys- ja erikoistumiskoulutusmahdollisuudet huolestuttavat sairaanhoidajia. Sairaanhoidajakoulutuksessa lähiopetus vähenee koko ajan ja painottuu vääriin asioihin. Ammattikorkeakoulujen rahoituskuviot ajavat opetuksen eettisesti arveluttaville raiteille. Tärkeintä ei ole enää laatu vaan se, että saadaan opiskelijat valmistumaan nopeasti. Jokainen ammattikorkeakoulu

tekee omat opetussuunnitelmansa ja yhteinen linja puuttuu. Sairaanhoitajat kaipaavat erikoistumiskoulutuksia erikoisaloille, joilla he työskentelevät ja tarvitsevat syväosaamista. Erikoistumismahdollisuudet eivät kaikilta osin vastaa työelämän tarpeita. Sairaanhoitajia ei motivoi se, että uralla ei voi edetä, eivätkä koulutus ja osaaminen tuo tunnustettua pätevyyttä eikä välttämättä uusia työmahdollisuuksia eikä vastuun lisääntymisestä huolimatta palkanlisää. Työelämä tarvitsee syväosaajia ja asiantuntijoita. Sairaanhoitajat peräänkuuluttavat myös täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutus ei toteudu sen tähden, että siihen ei useinkaan suunnitella resursseja.

- 4) Sairaanhoitajien ja heidän työnsä arvostuksen puute.
- 5) Sairaanhoitajien mukaan isot haasteet hoitotyössä aiheuttaa johtaminen ja lähiesimiestyön haasteet. Johtaminen kaipaisi sairaanhoitajien mukaan päivitystä. Johtajien ja työntekijöiden välillä on kuilu ja työntekijöistä ei tunnu siltä, että organisaatioissa puhallettaisiin yhteen hiileen. Sairaanhoitajat peräänkuuluttavat johtamisen laatua. Byrokraattinen, käskyttävä johtaminen ei nykypäivänä enää asiantuntijaorganisaatioissa toimi. Johtajuudesta on puute, kun kukaan ei ota vastuuta asioista. Hoitotyö suurimpana henkilöstönä tarvitsee johtajansa. Nyt on korkea aika tunnustaa laadukkaana johtamisen merkitys. Hoitotyötä ei voi johtaa kuka tahansa eikä ilman koulutusta oman hoitotyön ohessa. Yksi merkittävimpiä sairaanhoitajien työssäjaksamisen edellytyksiä on hyvä lähiesimiestyö. Sairaanhoitajat ja lähiesimiehet itse kokevat, että esimiestyö on aliarvostettua sekä palkan että olemattoman koulutusvaatimuksen myötä.
- 6) Hoitotyö työnä on kuormittavaa, mutta kolmivuorotyö, kiire, resurssipula ja haastavat asiakas/potilas- tilanteet, väkivallan uhka ja potilasturvallisuuden vaarantuminen kuormittavat. Erityisesti sairaanhoitajien jaksamista heikentää eettinen kuormitus, mikä käytännössä syntyy, kun joutuu hoitamaan huonosti potilaita huolimatta siitä, minkä tietää hyväksi ja laadukkaaksi hoitamiseksi. Suurimmat jaksamisen haasteet sairaanhoitajille aiheutuu henkilöstöressurssien epäsuhdasta työmäärään, työilmapiiriongelmista, hoitotyön arvojen puutteesta johtamisessa, hoitotyön kuormittavuudesta sekä siitä, että arjen suunnittelu ei tue riittävästi jaksamista ja hoitotyössä ei voi keskittyä perustyöhön.

Hoiva-avustajien käyttö lisää tehtäväkeskeistä työskentelytapaa, koska heillä on rajatut oikeudet ja he eivät voi työskennellä yksin. Tämä korostuu siinä, että tehostetussa palveluasumisessa olevat asukkaat ovat kovin monisairaita ja hoitoisuudeltaan vaativia, lääkehoito on oleellinen osa kokonaisuhoitoa, minkä vuoksi he tarvitsevat hoitotyön koulutetun ammattihenkilökunnan hoitamaan itseään. Monisairaiden asukkaiden hoiva edellyttää hyvää ja monipuolista hoitotyön koulutusta ja osaamista, kokonaisvaltaista hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämistä ja tukemista. Tosiasiallisesti riittävän henkilökunnan saamisen kannalta hoiva-avustajien käyttöön voidaan joutua turvautumaan. Tällöin hoiva-avustajien tehtävät tulee rajata asiakkaiden virkistys-, ulkoilutus- yms toimintaan.

Mitä RAI:n käyttöön otossa tulee ottaa huomioon?

Kun RAI-mittari otetaan käyttöön, niin sen tulee olla pakollinen. Resurssit mittauksen käynnistämiseksi ja toteuttamiseksi tulee olla suunniteltu ja toteutettu ennen kuin mittari otetaan käyttöön. Henkilöstö tarvitsee hyvän ja suunnitelmallisen koulutuksen, joka voisi

olla valtakunnallisesti yhtenäinen. Mittariston käyttöön otossa huomioitava jatkuva tehtyjen arviointien laadunvarmistus. Yhtenäisen mittariston käyttöönoton kustannusten jakautuminen pitää kohdentaa oikein. Etukäteen myös pitää päättää, mitä osia mittaristosta velvoitetaan valtakunnallisesti käyttämään, esim johtamisen tueksi kehitetty osio on maksullinen lisäosa. Samoin koulutettuja RAI-avainosaajia tulee olla käytettävissä esimerkiksi mentorointi-periaatteella.

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

On hyvä, että THL on valvontavastuussa, mutta se edellyttää, että RAI-mittaus on pakollinen. RAI perustuu kokonaisvaltaiseen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, jota voidaan hyödyntää yksilön, alueiden/tiimien ja koko organisaation toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja laadun valvonnassa. Mittarin tuloksien avulla saadaan asiakkaalle hänen tarpeisiinsa perustuva palvelu- ja hoitosuunnitelma. Henkilöstötarve pitää myös pystyä liittämään tuloksiin. Arvioinnin tulokset voidaan ottaa palvelujen kriteereiksi. Asiakkaiden arviointitulosten kokonaisuuksia arvioitaessa nähdään hoidon alueellista kuormitusta, joka voi vaikuttaa henkilöstötarpeeseen. Lisäksi voidaan nähdä osaamisen tarpeita, kustannusten muodostumista, hoidon laatupoikkeamia ja saadaan THL kautta valtakunnallista vertailutietoa.

Lisäksi pitää olla käytössä erillistä laatumittareita, jotka toisivat esille mm. asukkaan elämänlaatua, hoitotyön laatua esim. hoitotyö sensitiivisillä mittareilla, tietoa millä tavalla palveluyksikkö vastaa asiakaslähtöisyyteen ja kodinomaisuuteen sekä mittari asiakas-, ja läheiskokemusten arviointiin.

Sisältyykö RAI:n käyttöön joitakin riskejä tai haasteita?

Välttämätöntä on, että hoidon ja sen laadun arviointia varten on oltava väline, jotta vertailu mahdollistuu. RAI on todettu hyväksi mittariksi, mutta se ei toimi, ellei huolehdita menetelmän osaamisesta. Käyttöönotto on tehtävä suunnitelmallisesti, kouluttaen ja aikaa ja henkilöstöä resursoiden. On huolehdittava, että työyksiköissä ei mittarin käyttöönotosta ja käytöstä koidu kohtuutonta työmäärää, mikä on pois asiakkaiden hoidosta.

Mittarin käytössä suurin riski ja haaste ovat käyttäjät, mittarin käyttöönotto on pitkä ja resursseja vaativa prosessi ja arvioinnin tekeminen laadukkaasti vie aikaa. Mittariston hyötyjen näkeminen voi aluksi olla hankalaa ja se jää pakolliseksi toiminnaksi, jonka kaikkia mahdollisuuksia ei osata hyödyntää. Lisäksi RAI-arvioinnin hyöty niin asiakkaille kuin organisaatioille olisi suurin, jos se olisi käytössä läpi koko ikääntyvän väestön palveluketjun, vähintään kotihoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa. Lisäksi haasteena on hankala yhdistettävyyys olemassa oleviin potilastietojärjestelmiin, mikä aiheuttaa päällekkäistä kirjaamista. Kuten kaikkien mittareiden käytössä myös tässä voi olla riskinä tietoinen arviointiskaalan väärinkäyttö, jolla osoitettaisiin asiakkaiden toimintakyky paremmaksi kuin se onkaan, jotta voitaisiin laskennallisesti käyttää pienempää henkilöstömitoitusta.

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. Perusterveydenhuollon vuodeosastolla on käytössä FIM ja Barther –mittareita ja sairaaloissa RAFAELA ja muita rajatumpaan kohteeseen soveltuvia hoitoisuusmittareita, jotka eivät välttämättä ole niinkään toimintakykyä kuvaavia. Asiakkaan toimintakykymittarin lisäksi tarvitaan myös kattavasti käytössä olevia laatumittareita asukkaiden hoivasta ja hoidosta, potilasturvallisuudesta (Haipro), sekä myös henkilökunnan työhyvinvoinnista. Työhyvinvointi on oleellinen tekijä todentamaan henkilöstömitoituksen oikeellisuutta, Henkilöstömitoitukseen vaikuttavat henkilöstömäärän lisäksi monet tekijät kuten esimerkiksi henkilöstön vaihtuvuus, työsuhteiden laatu ja pituus, sairauspoissaolot, työtyytyväisyys, koulutustaso, ammattitaito, osaaminen sekä toteutunut täydennyskoulutus.

Mitä muuta haluatte tuoda esiin?

Koulutukseltaan ja rakenteeltaan monipuolinen ja riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon osaava henkilöstö on keskeinen laatutekijä ikääntyvän väestön kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, ei vain tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä. Ikääntyvän väestön palveluja tulisi tarkastella laajempaan kokonaisuuteen ja ymmärtää, että yhden osa-alueen vahvistaminen hoidon tarpeen loppupäässä vaikuttaa palveluiden koko ketjuun. Lakiehdotus rajaa henkilöstömitoituksen koskemaan tehostettua palveluasumista, mikä voi johtaa työnantajalähtöiseen henkilöstön siirtämiseen esimerkiksi kotihoidosta lain velvoittamiin yksiköihin. Nykyinen henkilöstön vaje jakaantuu kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueisiin, lakiluonnos aiheuttaa vajeen painottumisen ikäihmisten muihin palveluihin ja tulee vähentämään erityisesti ikääntyneen väestön ennaltaehkäisevää ja terveyttä edistävää toimintaa kunnissa.

Lakiluonnoksen vaikutukset muiden palvelujen saatavuuteen eivät tule kotihoitoon ainoastaan henkilöstön saatavuuden kautta, mikä kyse on henkilöstön oma-aloitteisesta siirtymisestä. Kotihoito ja kotisairaanhoidot ovat sairaanhoitajien mielestä mielekäs, haasteellinen ja kokonaisvaltainen työ, jossa saa laittaa kaiken osaamisensa peliin. Jos henkilöstöhallinto, henkilöstörakenne, mitoitus, työn organisointi, palkkaus ja johtaminen ovat kunnossa kotihoidossa, ei laitoshoido välttämättä houkuttele osajia pois kotihoidosta. Kotihoitoon paine tulee kotihoidossa olevien asiakkaiden määrän hallitsemattomasta kasvusta ja osastopaikkojen alasajosta ja tehostetun palveluasumisen liian korkeasta kriteeristöstä. Kun henkilökuntaa ja osaamista ei lisätä samassa suhteessa syntyy tilanne, jossa nyt kotihoidon suhteen ollaan. Kotihoitoon tarvitaan ehdottomasti myös RAI-mittari käyttöön ja henkilöstömitoitus asiakkaiden hoitoisuuden mukaan.

Täydennyskoulutussuosituksista ja -velvoitteista huolimatta täydennyskoulutus ei useinkaan toteudu, koska sitä varten ei varata riittäviä sijais- ja kustannusresursseja.

Teknologia tuodaan yleensä keskeneräisenä terveydenhuoltoon ja henkilöstön aika menee ohjelmien keskeneräisyyksien kanssa taisteluun, mikä hidastaa ja vaikeuttaa hoitotyötä ja kuormittaa henkilöstöä.

Lausunto on tehty yhdessä Sairaanhoidajaliiton Yhteiskunnallisen vaikuttamisen työryhmän kanssa.

Helsinki 15.11.2019

Nina Hahtela, puheenjohtaja, Sairaanhoidajaliitto

Liisa Karhe, kehittämisspäällikko, Sairaanhoidajaliitto