

**Sairaanhoitajaliiton lausunto Hallituksen esitykseen eduskunnalle laiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta**

**Olemme mukana Tehyn lausunnossa, mutta kommentoimme erikseen muutamia lakimuutoskohtia. Lausunto viety lausuntopalvelun kautta 19.8.2021**

#### **Laki sosiaalihuoltolain muuttamisesta**

##### **19 § Kotihoito**

***Kotihoitoa järjestetään henkilön tarpeen mukaan vuorokaudenajasta riippumatta.***

Tämä ei saa johtaa siihen, että syrjäseuduilta apua tarvitsevat pakotetaan muuttamaan palvelujen äärelle, jos vointi ja sairaudet kuitenkin vielä sallisivat kotona asumisen. Hyvinvointialueilla vastuualueiden laajeneminen toivottavasti mahdollistaa paremmin myös ympärivuorokautisen kotihoidon tarvitseville.

##### **46 a § Turvapalvelun toteuttaminen**

***Turvapalvelun tuottaja vastaa siitä, että: 1) asiakas saa käyttöönsä yksilöllisiin tarpeisiinsa soveltuvan turvalaitteiston sekä riittävästi opastusta ja neuvontaa sen käytössä; 2) turvalaitteisto täyttää sille asetetut laatuvaatimukset ja toimii jatkuvasti tarkoitustaan vastaavalla tavalla; 3) kiireellisen avun tarpeen arvio tehtävään soveltuva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö; 4) kiireellisen avun antaja on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella sopiva kyseessä olevaan kiireelliseen auttamistehtävään;***

Edellä määritellään, että kiireellisen avun antaja on koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella sopiva kyseessä olevaan kiireelliseen auttamistehtävään, mutta kiireellisen avun tarpeen arvio tehtävään soveltuva sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö. Haastattelemamme kotisairaanhoidon ja turvapalvelun työntekijöiden mukaan ovipuhelinhälytyksistä (joita asiakas ei itse tee) valtaosa on ilmoituksia, että asiakas on poistunut asunnostaan. Jos hälytys tulee esim. turvarannekkeen hälytyksen kautta, tehdään käytännössä avun tarpeen määrittäminen vasta paikan päällä, jos hälytys ei mene esimerkiksi syrjäseuduilla ensin jollekin lähellä asuvalle esim. omaiselle, joka pystyy tarkistamaan tilanteen. Hälytyksissä on tavallisimmin kyse yleistilan laskusta (heikotukset ja rintatuntemukset) ja kaatumisista. Hälytyksiä tehdään myös liikkumisvaikeuksien takia, jolloin asiakas ei esimerkiksi pääse ylös wc:stä, sängystä, tuolilta tms. Jonkin verran hälytyksiä tulee myös erilaisista vahingoista ja muista yksittäisistä erilaisista syistä. Myös yksinäisyys ja turvattomuus saavat asiakkaat tekemään hälytyksiä. Mielestämme olisi asiakkaan turvallisuuden kannalta tarpeen, että asiakkaan luokse menisi aina terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilainen, ellei esimerkiksi syrjäseudulla asuvan asukkaan tuntevan omaisen tai muiden yhteyshenkilöiden käyttö tilanteen tarkistamisessa ole järkevämpää kuin avun saannin odottaminen ammattilaiselta.

##### **46 b § Kotikäyntien suunnittelu ja kotihoidon toteuttaminen**

***4) mahdollisimman suuri osa työntekijän työajasta käytetään asiakkaan luona tai hänen kanssaan tehtävään työhön***

Ehdotus siitä, että työntekijän aikaa asiakkaan luona lisätään sillä, että työntekijä aterioi asiakkaan kotona, on ajattelematon. Miehitys ja työn suunnittelu tulee olla sellainen, että kotihoidon työntekijä voi pitää lakisääteiset taukonsa rauhassa asianmukaisissa tiloissa. Sairaanhoitajaliittoon tulevan palautteen mukaan moni kotisairaanhoitaja syö eväitään autossa jopa ajon aikana, koska edes ruokailuaikaa ei jää aina työpäivään. Tällöin eväät eivät voi olla lämmitettäviä ruokia. Mahdollisuus asianmukaisiin taukoihin työpäivän aikana on työssä jaksamisen perusedellytys.

#### **5) työntekijän on mahdollista toteuttaa kotikäynnit ammattieettiset velvollisuutensa huomioiden**

Tähän tulee ehdottomasti lisätä myös ammattieettiset oikeudet. Sairaanhoitajalla kuten muillakin kotihoidon työntekijöillä on oikeus yksityisyyteen ja koskemattomuuteen sekä oikeus tulla kohdelluksi arvostavasti. Nämä ovat sairaanhoitajien tänä vuonna päivitettyissä eettisissä ohjeissa. Kotihoidossa on paljon ratkaisemattomia turvallisuuspuutteita. Paikkoihin, joihin edes poliisi ei mene yksin, kotihoidon työntekijät saattavat joutua menemään yksin. Kotihoidon asiakkailla saattaa olla päihde- ja mielenterveysongelmia muiden sairauksiensa lisäksi. Esimerkiksi sitä, miten työntekijä voi hälyttää itselleen apua asiakkaan kotoa ilman puhelinta ei ole ratkaistu läheskään kaikissa kotihoidon yksiköissä.

#### **46 c § Asumispalvelujen toteuttaminen**

***Jos asukkaan olosuhteet muuttuvat niin, että hänen on perusteltua siirtyä palveluasumisesta tai 2 momentissa tarkoitettusta asumisesta hoiva-asumiseen, muutos on mahdollisuuksien mukaan toteutettava niin, ettei hänen tarvitse siirtyä toiseen asuntoon saadakseen tarvitsemansa palvelut.***

Asumismuodon muutos ilman asiakkaan muuton tarvetta on lisääntynyttä hoitoa ja hoivaa tarvitsevan henkilön kannalta merkityksellistä, sillä esimerkiksi muistisairaiden toimintakyky voi heiketä merkittävästi pelkän asumisympäristön muuton myötä.

Tällainen asumismuodon muutos ilman asukkaan muuttoa voi olla mahdollista, kun ikäihmisten palveluja suunnitellaan pitkällä tähtäimellä ja yhdessä käyttäjien kanssa. Suunnittelussa tulee ottaa huomioon käytännön arjen olosuhteet, koska tilateknisesti hajallaan olevien hoivaa tarvitsevien auttaminen saattaa vaatia lisäresursseja. Rakennussuunnittelussa tulisi huomioida, että tilasuunnittelu ei ole estämässä asiakkaiden asianmukaista palvelujen saantia eikä lisää resurssitarvetta kohtuuttomasti. Suunnitteluun tulee ottaa tiloja käyttävät työntekijät ja ikäihmiset mukaan.

Jos palvelu- ja hoiva-asuminen on sijoitettu samaan rakennuskokonaisuuteen, tulee henkilöstöresurssit määritellä asiakkaiden tarpeiden pohjalta ja tilat turvallisiksi siten, että ne mahdollistavat henkilöstön joustavan ja nopean siirtymisen asiakkaan luota toisen luo. Lähtökohtana tällaisessa lienee enemmän yksilöllinen yksioasumisen malli kuin suljettu osastomainen tilakokonaisuus, joka ei sinällään sovellu taas pelkkää palveluasumista tarvitseville.

Henkilöstömitoituksessa tulee huomioida muuttunut toimintakyky ja lisääntynyt avuntarve. Kuitenkin yhdistettyjen asumismuotojen myötä on mahdollista syntyä myös normaaleja asukkaiden välisiä sosiaalisia suhteita, jotka puolestaan voisivat ehkäistä yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Näiden asumismuotojen yhdistelmien ei tule heikentää tai vaikeuttaa henkilöstöresursointia eikä heikentää asukkaiden elämänlaatua.

#### **49 a § Henkilöstö**

***49 b § Kotihoidon henkilöstön riittävyyden turvaaminen***

***Kotihoitoon kuuluvien kotikäyntien suunnittelusta vastaavan henkilön on välittömästi ryhdyttävä käytettävissään oleviin toimenpiteisiin henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi, jos kotikäyntejä suunniteltaessa ilmenee, että niiden toteuttaminen on vaarassa henkilöstön vajauksen vuoksi. Jos vajausta ei saada korjatuksi, kotikäyntien suunnittelusta vastaavan henkilön on välittömästi ilmoitettava asiasta toimintayksikön johtajalle. Toimintayksikön johtajan on ilmoituksen saatuaan välittömästi ryhdyttävä käytettävissään oleviin toimenpiteisiin henkilöstön vajauksen korjaamiseksi sekä huolehdittava, että tieto henkilöstön vajauksesta välittyy toimijalle, joka vastaa toimintayksikön henkilöstöpolitiikasta. Jos vajausta ei saada korjatuksi 2 momentissa tarkoitetuilla toimenpiteillä, toimintayksikön henkilöstöpolitiikasta vastaavan toimijan on välittömästi ryhdyttävä toimenpiteisiin henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi.***

Työnantajan ja toimintayksikköjen vastuita ei lisätä tällä pykälällä, vaikka tiedetään, että henkilöstön riittävyyttä ei ole pystytty turvaamaan läheskään kaikkialla tähänkään mennessä. Pahenevan työntekijäpulan myötä toimintayksikön johtajalla ja henkilöstöpolitiikasta vastaavan toimijalla tulisi olla vastuu ja valtuudet henkilöstön riittävyyden turvaamisesta eikä vain toimenpiteisiin ryhtymisestä. Sairaanhoidajaliiton kyselyissä tulee jatkuvasti ilmi, että liian usein jätetään henkilöstön riittävyys suunnittelussa ”väärän idealismin” varaan, että kukaan ei sairastu eikä mitään ylimääräistä tapahdu. Toiminnan parhaiten tuntevia ei välttämättä kuulla ja ongelmia aletaan ratkoa vasta sitten, kun on jo liian myöhäistä.

Henkilöstön riittävyyden turvaamista ei ole se, että todetaan, että ryhdyimme toimenpiteisiin, mutta ketään ei saatu ja näillä mennään. Henkilöstöpolitiikka tulisi olla pitkäntähtäimen ennakoivaa suunnittelua ja toiminnasta saatuihin tietoihin perustuvaa. Jatkuvat säästövaateet ovat saaneet johtajat toimimaan lyhytnäköisesti. Mitään ei uskalleta päättää hyvissä ajoin ja sitten, kun on pakko päättää, on jo myöhäistä. Työntekijöille tehdään lyhyitä ja määräaikaista työsopimuksia ja pidetään yt-neuvotteluja samaan aikaan, kun päinvastoin pitäisi kiinnittää ja sitouttaa henkilöstöä. Henkilöstötarpeen tuntevia ei kuulla, koska säästöjä pitää saada aikaiseksi. Enemmän pitäisi kuunnella lähiesihenkilöitä ja työntekijöitä siinä, miten työ saataisiin organisoitua mahdollisimman tehokkaaksi riittävällä henkilöstömäärällä. Kotihoidossa ja ikäihmisten palveluissa toimivien ja konsultoitavissa olevien kliinisten asiantuntijasairaanhoitajien avulla voitaisiin kehittää palveluja ja lisätä osaamista ja palvelujen laatua.

**Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta**

#### **5 § Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi**

***Suunnittelussa on painotettava kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. Suunnitelma on laadittava osana kunnan strategista suunnittelua.***

Tämä on tärkeää, jotta ikääntyviä ei eristetä syrjäisiin palvelukoteihin. Olisi tärkeää, että palvelu- ja hoiva-asumismuotoon tulevat ikäihmiset voisivat asua toisten ihmisten, palvelujen ja vapaa-ajan toimintamahdollisuuksien lähellä.

#### **17 § Omatyöntekijä**

***1) neuvottava ja tuettava iäkkästä henkilöä hänen tarvitsemiensa sosiaali- ja terveyspalvelujen saantiin ja toteuttamiseen liittyvissä asioissa;***

Omatyöntekijän velvollisuus neuvoa on tärkeä täsmentää laissa, koska nykyisellään moni iäkäs ei saa palveluja, koska ei tiedä niiden olemassaolosta eikä osaa hakea palveluja. Palvelujen tarjonnan niitä tarvitseville tulisi kääntyä positiiviseksi tarjonnaksi nykyisen negatiivisen tarjonnan sijaan. Nykyisellään palvelun tavoitteena tuntuu olevan pelkät säästöt ja ikäihmisten toivotaan tulevan toimeen mahdollisimman vähillä palveluilla. Esimerkkinä tästä tilanne, jossa omatyöntekijä tuli 89-vuotiaan maaseudulla yksin asuvan vanhuksen luokse, jotta päivitetään palvelujen tarvetta. Vanhuksella oli ainoastaan käytössä siivouspalvelu ja sote-taksi- kuljetuspalvelu. Siivouspalvelun tarve oli todettu jo vuosia sitten ja se oli toiminut hyvin. Omatyöntekijän päivitysehdotus 89-vuotiaalle muistisairaalle palveluihin oli: "Etkö voisi alkaa itse siivoamaan?". Myös taksimatkat yritettiin evätä ajokortittomalta vanhukselta ja niiden saaminen vaati omaisen yhteydenoton ylempiin päättäviin henkilöihin. Vastauksena omatyöntekijällä oli kuljetuksiinkin: "Eivätkö omaiset voi kuljettaa?". Lähimpään kauppaan matkaa oli 8 km ja apteekkiin 10 km ja lähimpään kaupunkiin 35 km.

Palvelujen tulisi edistää ikäihmisten itsenäisyyttä ja aktiivisuutta ja ylläpitää heidän toimintakykyään siinä ympäristössä, jossa he asuvat. Epätasa-arvoa tuovat kesken kauden loppuvat määrärahat, jolloin osa ikäihmisistä ei saa palveluja määrärahojen puutteen takia. Näinhän ei saisi olla. Palvelujen saamisen ehtona ei voi myöskään olla se, että asiakkaan pitäisi aina itse muuttaa palvelujen ääreen.

## 18 § Päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä ja oikeus palveluihin

***Päätös muiden kuin kiireellisten sosiaalipalvelujen myöntämisestä on tehtävä ilman aiheetonta viivytystä sen jälkeen, kun kirjallinen tai suullinen hakemus on tullut vireille. Iäkkäällä henkilöllä on oikeus saada hänelle myönnettyt muut kuin kiireelliset sosiaalipalvelut ilman aiheetonta viivytystä. Niitä koskeva päätös on kuitenkin toimeenpantava viimeistään kolmen kuukauden kuluttua asian vireille tulosta. Aika voi olla tätä pidempi, jos asian selvittäminen erityisestä syystä vaatii pidempää aikaa tai toimeenpanon viivästykselle on muu asiakkaan tarpeeseen liittyvä erityinen peruste.***

Tämä on hyvä muutos, että päätösten toimeenpanosta kolme kuukautta lasketaan asian vireille tulosta eikä vasta päätöksestä. Tämä toivottavasti nopeuttaa palvelujen saamista, koska kyseessä voi olla jopa ikäihmisen viimeiset elinkuukaudet.

## 20 § Henkilöstö

***Lääkehoidon toteuttamiseen saa osallistua vain henkilö, jolla on tehtävän edellyttämä riittävä lääkehoidon koulutus ja osaaminen.***

Potilas- ja asiakasturvallisuuden takia tässä tulisi määrittää tarkemmin valtakunnallisesti, mikä on riittävä lääkehoidon koulutus tai kuka sitä voi järjestää. Tällä lain kohdalla nollataan ammatillisen koulutuksen antama lääkehoito-osaaminen, kun lähes kuka tahansa voi saada työnantajan määrittelemän "riittävän" koulutuksen ja kunkin työnantajan määrittelemän "riittävän" osaamisen perusteella suorittaa lääkehoitoa. Avuksi tähän tarvitaan valtakunnallisia linjauksia, mitkä koulutukset ja koulutussisällöt antavat pätevyyden suorittaa lääkehoidon tehtäviä. Turvallinen lääkehoito-oppaan päivityksen yhteydessä jo toimme tämän epäkohdan esille. Pidämme tärkeänä, että tämä asia korjataan lakiin, sillä kuten käytäntö on osoittanut, tätä lain kohtaa voidaan soveltaa hyvin väljästi ja jopa asiakas- ja potilasturvallisuutta mutta myös työturvallisuutta vaarantaen. On eettisesti väärin laittaa työntekijä tekemään tehtäviä, joihin hänellä ei ole asianmukaista koulutusta.

Tällä hetkellä ei siis kukaan valvo, mitä lääkehoidon riittävä koulutus ja osaaminen on. Käytännössä lääkehoitoa voivat siis toteuttaa täysin lääkehoitokouluttamattomat, koska koulutus on ollut vain nimellinen (pahimmillaan nimi paperiin) tai sitten kouluttamattomille on käytetty koulutuksena lääkehoidon osaamisen varmistamiseen tarkoitettuja lääkelupatenttejä. Käytössä olevat lääkelupatentit (LOVE ym.) eivät ole tarkoitettu lääkehoitokoulutuksiksi sellaisille, joilla ei ole ammatillisessa koulutuksessaan lääkehoito-opintoja. Lääkelupakoulutukset ovat tarkoitettu lääkehoito-osaamisen varmistamiseksi sellaisille ammattilaisille, jotka ovat saaneet ammatillisessa koulutuksessaan lääkehoitokoulutuksen. Sairaanhoidajien vastuu nousee valtavaksi, jos muut tiimin jäsenet ovat sellaisia, joilla ei ole ammatillista pätevyyttä lääkehoitoon. Pitäisikö olla laissa määriteltyä, että hoiva-avustajat eivät osallistu lääkehoitoon? Pitäisikö hoiva-avustajien osuus miehityksestä olla määritelty? Emme näe hyvänä uuden matalapalkka-alan synnyttämistä hoitoalalle, mutta parempi on kuitenkin korvata hoitoapulaiset ja muut kouluttamattomat koulutetulla henkilöstöllä.

Palkkatasoepätasa-arvon korjaamisella, johtamisen uudistamisella sekä työntekijöiden mukaan ottamisella toiminnan suunnitteluun saisimme Suomessa yhä pahenevan alalta paon pysäytettyä, koska työ itsessään on mielekästä. Kuitenkin yhteiskunnan haluttomuus korjata esimerkiksi sairaanhoidajien palkkatasoa ja entistä matalapalkkaisempien työntekijäryhmien kehittäminen kuvaa sitä, että koulutettujen hoitotyöntekijöiden työtä ja koulutusta ei todellisuudessa arvosteta.

Erytisen huomioitavaa on, että kotihoidossa tehtävää työtä ei kukaan pysty täysin valvomaan ja huonokuntoiset asiakkaat eivät ole kykeneviä virheitä ja poikkeamia havaitsemaan, saati niistä raportoimaan? Asiakasturvallisuuden sekä myös työturvallisuuden kannalta on eettisestikin tärkeää, että asiakkaita hoitavat koulutetut ammattilaiset. Viimeisen vuoden aikana on noussut usein esiin palautteissa se ongelma, että sairaanhoidajat eivät esimerkiksi voi nostaa epäkohtia esille ilman, että joutuvat pelkäämään oman työpaikkansa menettämistä. Oma valvonnan sensuuri voi olla myös tiukka.

*Lääkehoidon toteuttamiseen tulisi voida osallistua vain terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilainen, jolla on tehtävän edellyttämä lääkehoidon ammattipätevyden antava koulutus ja varmistettu tehtävään tarvittava lääkehoidon osaaminen.*

19.8.2021

Nina Hahtela, puheenjohtaja, Sairaanhoidajaliitto  
Liisa Karhe, asiantuntija, Sairaanhoidajaliitto

